

Εγχειρίδιο αξιολόγησης της υγείας της οικογένειας στην κατ'οίκον νοσηλευτική φροντίδα

ΘΕΟΔΟΥΛΑ ΑΔΑΜΑΚΙΔΟΥ



ΚΑΛΛΙΠΟΣ
Διασύνθετες
επιστημονικές
εκαδημαϊκές



Εθνικό
Πρόγραμμα
Ανάπτυξης
2021-2025

ΘΕΟΔΟΥΛΑ ΑΔΑΜΑΚΙΔΟΥ

Αναπληρώτρια Καθηγήτρια

Κοινοτικής Νοσηλευτικής με έμφαση στην Κατ' Οίκον Νοσηλευτική Φροντίδα,
Τμήμα Νοσηλευτικής, Πανεπιστήμιο Δυτικής Αττικής

*Εγχειρίδιο αξιολόγησης της υγείας
της οικογένειας στην κατ' οίκον
νοσηλευτική φροντίδα*



Εγχειρίδιο αξιολόγησης της υγείας της οικογένειας
στην κατ' οίκον νοσηλευτική φροντίδα

Συγγραφή

Θεοδούλα Αδαμακίδου

Συντελεστές έκδοσης

Γλωσσική Επιμέλεια: Βασιλική Τυραϊδή

Γραφιστική Επιμέλεια: Ευαγγελία Μουστάνη

Κεντρική Ομάδα Υποστήριξης

Γλωσσικός Έλεγχος: Δημήτρης Κονάχος

Γραφιστικός Έλεγχος: Χρήστος Κεντρωτής

Βιβλιοθηκονομική Επεξεργασία: Μαρία Καπνίζου

Copyright © 2023, ΚΑΛΛΙΠΟΣ, ΑΝΟΙΚΤΕΣ ΑΚΑΔΗΜΑΪΚΕΣ ΕΚΔΟΣΕΙΣ



Το παρόν έργο αδειοδοτείται υπό τους όρους της άδειας Creative Commons Αναφορά Δημιουργού - Μη Εμπορική Χρήση - Παρόμοια Διανομή 4.0. Για να δείτε ένα αντίγραφο της άδειας αυτής επισκεφτείτε τον ιστότοπο <https://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/4.0/deed.el>

Αν τυχόν κάποιο τμήμα του έργου διατίθεται με διαφορετικό καθεστώς αδειοδότησης, αυτό αναφέρεται ρητά και ειδικώς στην οικεία θέση.

ΚΑΛΛΙΠΟΣ

Εθνικό Μετσόβιο Πολυτεχνείο

Ηρώων Πολυτεχνείου 9, 15780 Ζωγράφου

www.kallipos.gr

ISBN: 978-618-5726-20-1

Βιβλιογραφική Αναφορά: Αδαμακίδου, Θ. (2023). *Εγχειρίδιο αξιολόγησης της υγείας της οικογένειας στην κατ' οίκον νοσηλευτική φροντίδα* [Προπτυχιακό εγχειρίδιο]. Κάλλιπος, Ανοικτές Ακαδημαϊκές Εκδόσεις. <http://dx.doi.org/10.57713/kallipos-154>

Σε όλους τους κοινοτικούς νοσηλευτές.

*Στη μνήμη της «ηθικής αυτουργού» για τη συγγραφή του παρόντος,
Παναγιώτας Μπέλλου!*

Πίνακας περιεχομένων

Πρόλογος.....	15
Εισαγωγή.....	17
Κεφάλαιο 1 Υγεία της οικογένειας και νοσηλευτική της οικογένειας.....	19
Εννοιολογικοί προσδιορισμοί.....	19
1.1 Πώς ορίζεται η υγεία;.....	19
1.2 Πώς ορίζεται η οικογένεια;.....	19
1.3 Πώς ορίζεται η υγεία της οικογένειας;.....	20
1.3.1 Τα χαρακτηριστικά της υγιούς οικογένειας.....	20
1.3.2 Οι λειτουργίες της οικογένειας.....	22
1.3.3 Δομή της οικογένειας.....	22
1.3.4 Διαδικασίες της οικογένειας.....	23
1.3.5 Ο κύκλος ζωής της οικογένειας.....	23
1.4 Νοσηλευτική της οικογένειας.....	24
1.4.1 Προσεγγίσεις της οικογένειας στη νοσηλευτική της οικογένειας.....	27
1.4.2 Μεταβλητές που επηρεάζουν την οικογενειακή νοσηλευτική.....	28
1.4.3 Οι ρόλοι που αναλαμβάνει ο νοσηλευτής της οικογένειας.....	29
1.5 Κρίση στην οικογένεια.....	30
1.5.1 Προσαρμογή της οικογένειας.....	31
Θυμηθείτε ότι.....	31
Ξενόγλωσση Βιβλιογραφία.....	32
Ελληνόγλωσση Βιβλιογραφία.....	33
Χρήσιμο οπτικοακουστικό και έντυπο υλικό στο διαδίκτυο.....	33
Κριτήρια Αξιολόγησης.....	34
Κεφάλαιο 2 Κατ' οίκον νοσηλευτική φροντίδα και οικογένεια.....	37
Εισαγωγή.....	37
2.1 Εννοιολογικοί προσδιορισμοί.....	38
2.2 Νέοι ρόλοι στην κατ' οίκον νοσηλευτική φροντίδα και στη φροντίδα υγείας στην κοινότητα.....	39
2.3 Η κατ' οίκον επίσκεψη.....	41
2.4 Κατ' οίκον νοσηλευτική φροντίδα και οικογένεια.....	43
Θυμηθείτε ότι:.....	43
Ξενόγλωσση Βιβλιογραφία.....	44
Ελληνόγλωσση Βιβλιογραφία.....	45
Χρήσιμο οπτικοακουστικό και έντυπο υλικό στο διαδίκτυο.....	45
Κριτήρια Αξιολόγησης.....	46
Κεφάλαιο 3 Θεωρίες και μοντέλα στη Νοσηλευτική της Οικογένειας.....	49
Εισαγωγή.....	49
3.1 Η σχέση μεταξύ θεωρίας, πρακτικής και έρευνας.....	50

3.2 Βασικά θεωρητικά πλαίσια και μοντέλα στη Νοσηλευτική της Οικογένειας	51
3.2.1 Νοσηλευτικές θεωρίες και μοντέλα για τη Νοσηλευτική της Οικογένειας	51
3.2.2 Θεωρία των συστημάτων (Family system theory)	52
3.2.3 Θεωρία της ανάπτυξης και του κύκλου ζωής της οικογένειας (Family developmental and life cycle theory).....	52
3.2.4 Βιοοικολογική συστημική θεωρία (Bioecological systems theory).....	52
3.2.5 Μοντέλο του κύκλου της υγείας και της ασθένειας της οικογένειας (family cycle of health and illness model)	53
3.2.6 Μοντέλο αξιολόγησης και παρέμβασης στην οικογένεια (family assessment and intervention model).....	54
Θυμηθείτε ότι:	55
Ξενόγλωσσα Βιβλιογραφία	56
Ελληνόγλωσσα Βιβλιογραφία.....	57
Χρήσιμο οπτικοακουστικό και έντυπο υλικό στο διαδίκτυο.....	57
Κριτήρια Αξιολόγησης.....	58
Κεφάλαιο 4 Νοσηλευτική Διεργασία στη Νοσηλευτική της Οικογένειας	61
Εισαγωγή.....	61
4.1 Αξιολόγηση της οικογένειας.....	66
4.1.1 Βασικές αρχές για την αξιολόγηση της οικογένειας.....	67
4.1.2 Μέθοδοι και εργαλεία αξιολόγησης της οικογένειας.....	68
4.1.2.1 Μέθοδοι αξιολόγησης της οικογένειας	68
4.1.2.2 Εργαλεία αξιολόγησης της υγείας της οικογένειας.....	70
4.1.3 Ψυχομετρικά χαρακτηριστικά ενός εργαλείου.....	79
4.1.4 Ποιοτική μεθοδολογία για την αξιολόγηση της οικογένειας	79
4.2 Νοσηλευτική διάγνωση.....	80
4.2.1 Τα συστατικά της νοσηλευτικής διάγνωσης και η διατύπωσή της	82
4.2.2 Οδηγίες στη διατύπωση της νοσηλευτικής διάγνωσης	82
4.2.3 Διατύπωση υπαρκτής διάγνωσης, αυξημένου κινδύνου και πιθανής νοσηλευτικής διάγνωσης	83
4.2.4 Διατύπωση διάγνωσης καλής κατάστασης υγείας ή προαγωγής υγείας	85
4.2.5 Νοσηλευτική διάγνωση συνδρόμου	85
4.3 Νοσηλευτικός σχεδιασμός: σχέδιο φροντίδας της οικογένειας για κάθε νοσηλευτική διάγνωση	86
4.4 Νοσηλευτική παρέμβαση στην οικογένεια	87
4.4.1 Οι νοσηλευτικές παρεμβάσεις στην οικογένεια	88
Διδασκαλία	88
Συμβουλευτική	89
Σύναψη συμβολαίου.....	89
Διαχείριση περίπτωσης.....	90
Συνεργασία.....	90
Ο νοσηλευτής ως πρόσωπο αναφοράς	90
Ενδυνάμωση της οικογένειας.....	90

4.4.2 Δυσκολίες και προβλήματα στην εφαρμογή των νοσηλευτικών παρεμβάσεων στην οικογένεια	91
4.5 Εκτίμηση των αποτελεσμάτων των νοσηλευτικών παρεμβάσεων.....	91
4.6 Το Σύστημα Ταξινόμησης Omaha.....	92
4.6.1 Το Σύστημα Ταξινόμησης Προβλημάτων.....	93
4.6.2 Το Σύστημα Παρέμβασης	93
4.6.3 Η Κλίμακα Κατάταξης Προβλημάτων για τις Εκβάσεις.....	93
4.7 Τεκμηρίωση και καταγραφή της νοσηλευτικής φροντίδας	94
4.8 Ο Νοσηλευτής μέλος της διεπιστημονικής ομάδας.....	94
Θυμηθείτε ότι:	94
Ξενόγλωσση Βιβλιογραφία	95
Ελληνόγλωσση Βιβλιογραφία.....	97
Χρήσιμο οπτικοακουστικό και έντυπο υλικό στο διαδίκτυο.....	98
Κριτήρια Αξιολόγησης.....	99
Κεφάλαιο 5 Το μοντέλο Friedman για την Αξιολόγηση της Οικογένειας.....	103
Εισαγωγή.....	103
5.1 Η δομή της οικογένειας.....	104
5.2 Οι λειτουργίες της οικογένειας.....	104
5.3 Κατηγορίες αξιολόγησης της οικογένειας κατά Friedman	104
5.3.1 Δημογραφικά στοιχεία	106
5.3.2 Αναπτυξιακό στάδιο και ιστορία της οικογένειας.....	107
5.3.3 Περιβαλλοντικά δεδομένα.....	108
5.3.4 Δομή της οικογένειας	109
5.3.5 Λειτουργίες της οικογένειας.....	110
5.3.6 Στρεσογόνοι παράγοντες για την οικογένεια, αντιμετώπιση και προσαρμογή.....	112
Θυμηθείτε ότι:	113
Ξενόγλωσση Βιβλιογραφία	114
Ελληνόγλωσση Βιβλιογραφία.....	115
Κριτήρια Αξιολόγησης.....	116
Κεφάλαιο 6 Το μοντέλο Calgary για την Αξιολόγηση και Παρέμβαση στην Οικογένεια	119
Εισαγωγή.....	119
6.1 Το θεωρητικό υπόβαθρο του μοντέλου Calgary.....	120
6.2 Το μοντέλο Calgary για την αξιολόγησης της οικογένειας (Calgary Family Assessment Model – CFAM)	121
6.2.1 Αξιολόγηση δομής	122
6.2.1.1 Αξιολόγηση εσωτερικής δομής.....	122
6.2.1.2 Αξιολόγηση εξωτερικής δομής	123
6.2.2 Αξιολόγηση κοινωνικο-πολιτισμικού πλαισίου	123
6.2.3 Αναπτυξιακή αξιολόγηση.....	124
6.2.4 Λειτουργική αξιολόγηση.....	126
6.2.4.1 Αξιολόγηση της λειτουργικότητας της δομής.....	126

6.2.4.2 Αξιολόγηση της λειτουργικότητας στην έκφραση.....	126
6.3 Το Μοντέλο Calgary για την Παρέμβαση στην Οικογένεια (Calgary Family Intervention Model – CFIM).....	128
6.3.1 Ερωτήσεις παρέμβασης.....	129
6.3.2 Παρεμβάσεις στο γνωστικό πεδίο της λειτουργικότητας της οικογένειας.....	130
6.3.3 Παρεμβάσεις στο συναισθηματικό πεδίο της λειτουργικότητας της οικογένειας	130
6.3.4 Παρεμβάσεις στο πεδίο συμπεριφοράς της λειτουργικότητας της οικογένειας.....	131
Θυμηθείτε ότι:	131
Ξενόγλωσση Βιβλιογραφία	132
Ελληνόγλωσση Βιβλιογραφία.....	134
Χρήσιμο οπτικοακουστικό και έντυπο υλικό στο διαδίκτυο.....	134
Κριτήρια Αξιολόγησης.....	135
Κεφάλαιο 7 Συνάντηση και συνέντευξη με την οικογένεια	139
Εισαγωγή.....	139
7.1 Ρόλοι και δεξιότητες του νοσηλευτή για τη διενέργεια της συνάντησης και συνέντευξης.....	140
7.1.1 Χώρος διεξαγωγής της συνάντησης και συνέντευξης.....	141
7.1.2 Τα μέλη που συμμετέχουν στη συνάντηση και στη συνέντευξη	141
7.1.3 Η πρώτη επαφή με την οικογένεια για το ραντεβού για τη συνάντηση και τη συνέντευξη	141
7.1.4 Η συνέντευξη 15 λεπτών.....	142
7.2 Τα στάδια της συνέντευξης με την οικογένεια.....	143
7.2.1 Η φάση της δέσμευσης/συμβολαίου	143
7.2.2 Η φάση της αξιολόγησης.....	144
7.2.2.1 Προσδιορισμός του προβλήματος: διερεύνηση και ορισμός	144
7.2.2.2 Σχέση αλληλεπίδρασης μεταξύ της οικογένειας και του προβλήματος.....	144
7.2.2.3 Διερεύνηση της προσπάθειας της οικογένειας για την επίλυση του προβλήματος	145
7.2.2.4 Διερεύνηση των στόχων.....	145
7.2.3 Η φάση της παρέμβασης	145
7.2.4 Η φάση του τερματισμού της συνέντευξης.....	146
7.3 Ερωτήσεις συνέντευξης	146
7.3.1 Ερωτήσεις για τη δέσμευση των μελών να εστιάσουν στη συνάντηση	146
7.3.2 Ερωτήσεις για την αξιολόγηση της επίδρασης του προβλήματος/ασθένειας στην οικογένεια	146
7.3.3 Ερωτήσεις που λειτουργούν ως παρεμβάσεις και προάγουν την αλλαγή.....	147
7.3.4 Ερωτήσεις που λειτουργούν ως ανατροφοδότηση της συνάντησης με την οικογένεια.....	147
7.4 Συνήθειες παγίδες στην επικοινωνία και συνέντευξη με την οικογένεια	147
7.5 Περάτωση της συνεργασίας νοσηλευτή - οικογένειας	148
7.6 Συνέντευξη κινητοποίησης	148
Θυμηθείτε ότι:	148
Ξενόγλωσση Βιβλιογραφία	149
Ελληνόγλωσση Βιβλιογραφία.....	151
Χρήσιμο οπτικοακουστικό και έντυπο υλικό στο διαδίκτυο.....	151

Κριτήρια Αξιολόγησης.....	152
Κεφάλαιο 8 Νοσηλευτική της Οικογένειας και ανακουφιστική φροντίδα	155
Εισαγωγή.....	155
8.1 Ανακουφιστική φροντίδα	155
8.2 Νοσηλευτική της Οικογένειας.....	158
8.2.1 Η σχέση και επικοινωνία μεταξύ οικογένειας και νοσηλευτή	159
8.2.2 Ανακούφιση του «υποφέρειν» του ασθενούς.....	160
8.2.3 Ενδυνάμωση οικογένειας	160
8.2.4 Ελπίδα και προετοιμασία για τον θάνατο.....	160
8.2.5 Παροχή πληροφοριών	160
8.2.6 Διευκόλυνση στις επιλογές.....	161
8.2.7 Υποστηρικτικά συστήματα	161
8.2.8 Ενθάρρυνση ασθενούς και οικογένειας.....	161
8.2.9 Διαχείριση αρνητικών συναισθημάτων.....	162
8.2.10 Οικογενειακές συγκεντρώσεις και προαγωγή της επικοινωνίας μεταξύ των μελών της οικογένειας	162
8.2.11 Εύρεση νοήματος	163
8.2.12 Φροντίδα στο τελικό στάδιο της νόσου	163
8.2.13 Φροντίδα στο πένθος.....	164
8.3 Η φροντίδα και υποστήριξη του οικογενειακού φροντιστή	164
Θυμηθείτε ότι.....	165
Ξενόγλωσση Βιβλιογραφία	166
Ελληνόγλωσση Βιβλιογραφία.....	168
Κριτήρια Αξιολόγησης.....	169
Κεφάλαιο 9 Νοσηλευτική αξιολόγηση και φροντίδα οικογένειας με άρρωστο παιδί.....	171
Εισαγωγή.....	171
9.1 Φροντίδα με επίκεντρο την οικογένεια.....	172
9.2 Βασικά σημεία στη νοσηλευτική φροντίδα οικογένειας με άρρωστο παιδί.....	172
9.3 Νοσηλευτική φροντίδα παιδιών και οικογένειας στην κοινότητα	174
9.3.1 Επικοινωνία με την οικογένεια	175
9.3.2 Υποστήριξη ανάπτυξης του γονικού ρόλου και της λειτουργικότητας της οικογένειας	175
9.3.3 Κατανόηση και συνεργασία στην καθημερινότητα της οικογένειας	176
9.3.4 Φροντίδα του παιδιού.....	176
9.3.5 Γιαγιάδες/Παππούδες και προαγωγή της υγείας	177
9.3.6 Παράγοντες κινδύνου για την υγεία των παιδιών	177
9.3.6.1 Τραύματα από ελλιπή επίβλεψη.....	177
9.3.6.2 Παχυσαρκία.....	178
9.3.6.3 Παιδική κακοποίηση	178
9.4 Οικογένεια με παιδί με χρόνια νόσημα	179
9.4.1 Προσδιορίζοντας το χρόνια νόσημα.....	179

9.4.2 Ο γονικός ρόλος στο παιδί με χρόνιο νόσημα.....	180
9.4.3 Φροντίδα που σχετίζεται με την ασθένεια	180
9.4.4 Διατήρηση της οικογενειακής ζωής.....	180
9.4.5 Φροντίδα του εαυτού.....	181
9.5 Φροντίδα άρρωστου παιδιού και οικογένειας στο νοσοκομείο	182
9.6 Συναίνεση για τη φροντίδα.....	183
Θυμηθείτε ότι:	183
Ξενόγλωσση Βιβλιογραφία	184
Ελληνόγλωσση Βιβλιογραφία.....	186
Χρήσιμο οπτικοακουστικό και έντυπο υλικό στο διαδίκτυο.....	186
Κριτήρια Αξιολόγησης.....	187
Κεφάλαιο 10 Προβληματισμοί και προκλήσεις για τη Νοσηλευτική της Οικογένειας	191
Προβληματισμοί και προκλήσεις.....	191
Θυμηθείτε ότι:	195
Ξενόγλωσση Βιβλιογραφία	196
Ελληνόγλωσση Βιβλιογραφία.....	197
Κριτήρια Αξιολόγησης.....	198

Πρόλογος

Το παρόν σύγγραμμα με τίτλο *Εγχειρίδιο αξιολόγησης της υγείας της οικογένειας στην κατ' οίκον νοσηλευτική φροντίδα* είναι προϊόν προβληματισμών, αναστοχασμού και επικοινωνίας με τον ασθενή με καρκίνο και την οικογένειά του στα 14 έτη της επαγγελματικής μου εμπειρίας στο Αντικαρκινικό Ογκολογικό Νοσοκομείο Αθηνών (ΑΟΝΑ) «Άγιος Σάββας», της ενσυναίσθησης των αναγκών και προβλημάτων του ασθενή και της οικογένειάς του όταν επιστρέψουν στον φυσικό τους χώρο, δηλαδή στο σπίτι τους, της έντονης προσωπικής μου επιθυμίας για την υποστήριξή τους εκεί, στο σπίτι τους, καθώς και της επιστημονικής μου εξειδίκευσης στην «Κατ' οίκον Φροντίδα της Υγείας» και στην «Κοινοτική Νοσηλευτική».

Η οικογένεια αποτελεί το κύτταρο της κοινωνίας. Κάθε μέλος της εκάστοτε οικογένειας επηρεάζει και επηρεάζεται από τη δομή της, τη λειτουργία της, την επικοινωνία μεταξύ των μελών της και τις διαδικασίες της στο πλαίσιο του κύκλου της ζωής της. Η αμφίδρομη αυτή αλληλεπίδραση λαμβάνει χώρα μέσα στο γενικότερο πλαίσιο της κοινότητας στην οποία εντάσσεται η εκάστοτε οικογένεια.

Ο ρόλος των υπηρεσιών υγείας στη φροντίδα της υγείας των πολιτών που απαρτίζουν την κοινότητα είναι καθοριστικός. Μέσω των υπηρεσιών υγείας δίνεται πρόσβαση στους πολίτες σε υπηρεσίες φροντίδας υγείας και, επιπλέον, παρέχεται και η δυνατότητα επαφής, φροντίδας και συνεργασίας του επαγγελματία υγείας με την οικογένεια που χρήζει βοήθειας, ώστε να αντιμετωπίσει με τις δικές της δυνάμεις το ή τα προβλήματα που την ταλανίζουν.

Σε διεθνές επίπεδο η αξία της εξειδίκευσης της Νοσηλευτικής της Οικογένειας είναι πλήρως αναγνωρισμένη, καθώς έχει αναπτυχθεί και υποστηρίζεται από επιστημονικά τεκμηριωμένα δεδομένα. Στην Ελλάδα η φροντίδα της οικογένειας εντάσσεται στο ευρύτερο πλαίσιο της Κοινοτικής Νοσηλευτικής, της Σχολικής Νοσηλευτικής, της Νοσηλευτικής Ψυχικής Υγείας και της Κατ' Οίκον Νοσηλευτικής Φροντίδας, ενός τομέα που πασχίζει να εδραιωθεί και να προσδώσει το νόημά του μέσα στο ελληνικό Εθνικό Σύστημα Υγείας (ΕΣΥ). Ως εκ τούτου, καταβάλλονται σοβαρές προσπάθειες για την ανάπτυξη του εν λόγω τομέα και σε ακαδημαϊκό επίπεδο, από ανθρώπους που οραματίζονται, ώστε εμείς, οι επαγγελματίες κοινοτικοί νοσηλευτές, να είμαστε «έτοιμοι, στα όπλα μας», όταν οι περιστάσεις το απαιτήσουν.

Σκοπός του παρόντος συγγράμματος είναι ακριβώς αυτό, να αποτελέσει δηλαδή ένα «όπλο» για τους κοινοτικούς νοσηλευτές όταν έρθει η «ώρα της μάχης». Είναι ένας σύντομος οδηγός για την αξιολόγηση της υγείας της οικογένειας στην κατ' οίκον επίσκεψη και, ως εκ τούτου, περιγράφονται βασικές έννοιες για την οικογένεια και εργαλεία για την αξιολόγηση της υγείας της, ενώ, επιπλέον, αναλύονται και μελετώνται γνώσεις και δεξιότητες που είναι επιβεβλημένο ο κοινοτικός νοσηλευτής να κατέχει προκειμένου για την επιτυχή επικοινωνία και συνεργασία του με την οικογένεια.

Υπάρχει η προσδοκία ότι το σύγγραμμα αυτό ότι θα αποτελέσει μία Πρόκληση για τους αναγνώστες/-στριες, για την αναζήτηση και τον προβληματισμό σε νέες διαστάσεις για τη φροντίδα της οικογένειας και συνάμα μια Πρόσκληση για να γίνουμε «κοινωνοί» στη «Φροντίδα της Οικογένειας».

Η συγγραφέας,

Θεοδούλα Αδαμακίδου

Εισαγωγή

Οι νοσηλευτές σε κάθε χώρο άσκησης του κλινικού τους έργου έρχονται σε επαφή και επικοινωνία με την οικογένεια. Ο βαθμός επαφής, επικοινωνίας και προσέγγισης της οικογένειας διαφέρει ανάλογα με τους χώρους άσκησης του κλινικού έργου, δεδομένου του διαφορετικού προσανατολισμού του εκάστοτε χώρου εργασίας. Κάποιοι χώροι άσκησης του κλινικού έργου είναι περισσότερο εστιασμένοι στη νοσηλεία του ασθενούς, ενώ άλλοι εστιάζουν περισσότερο στον άνθρωπο –τον υγιή και τον ασθενή– και στο περιβάλλον του ανθρώπου που έχει ανάγκη υπηρεσιών υγείας και νοσηλευτικής φροντίδας. Ωστόσο, σε κάθε περίπτωση η οικογένεια είναι εκεί, δίπλα στον υγιή, συνοδοιπόρος στο ταξίδι της ζωής, και δίπλα στον ασθενή, τον συνοδεύει και τον στηρίζει στην εμπειρία της νόσου, ενώ παράλληλα η οικογένεια έχει τις δικές της ανάγκες και καλείται να βρísκει τις δικές της ισορροπίες, σε κάθε φάση του κύκλου της ζωής της.

Το *Εγχειρίδιο αξιολόγησης της υγείας της οικογένειας στην κατ' οίκον νοσηλευτική φροντίδα* είναι ένα ακαδημαϊκό σύγγραμμα που έχει στόχο να προσδώσει στον αναγνώστη νοσηλευτή¹ διαθέσιμα εργαλεία για την αξιολόγηση της υγείας της οικογένειας και να αυξήσει την κατανόησή του στη χρήση τους για να μπορεί να τα χρησιμοποιήσει στην καθημερινή κλινική άσκηση του έργου του. Απευθύνεται στον προπτυχιακό φοιτητή νοσηλευτικής εμπλουτίζοντας τις γνώσεις του για την αξιολόγηση της οικογένειας, στον εργαζόμενο σε κάθε κλινικό χώρο νοσηλευτή εξειδικεύοντας τις γνώσεις του για την προσέγγιση της οικογένειας, αλλά κυρίως απευθύνεται στον επαγγελματία νοσηλευτή οποίος εργάζεται στην κοινότητα, τον *ειδικευμένο νοσηλευτή στη Δημόσια Υγεία/Κοινωνική Νοσηλευτική*, ο οποίος, αξιοποιώντας την πολύτιμη κλινική του εμπειρία στον χώρο της κοινότητας, θα αποκτήσει ένα ακόμη «εργαλείο», για να διευκολύνει την επικοινωνία και αξιολόγηση της οικογένειας στην καθημερινή κλινική του πράξη, να βελτιώσει την τεκμηρίωση των παρεμβάσεων του, να κατακτήσει την ανθρωποκεντρική και ολιστική νοσηλευτική φροντίδα σύμφωνα με τη φιλοσοφία της νοσηλευτικής επιστήμης, και συνεπώς να βελτιώσει την ποιότητα της νοσηλευτικής φροντίδας για την προαγωγή της υγείας ατόμων, οικογενειών και κοινοτήτων.

Το εγχειρίδιο αποτελείται συνολικά από δέκα κεφάλαια. Με τα πρώτα τρία κεφάλαια επιχειρείται οι αναγνώστες να αποσαφηνίσουν βασικές έννοιες της οικογένειας και της νοσηλευτικής της οικογένειας, να εισαχθούν στην άσκηση της κατ' οίκον νοσηλευτικής φροντίδας, στο πλαίσιο της οποίας επιτελείται πολύ συχνά αλλά όχι αποκλειστικά η αξιολόγηση της οικογένειας, και να διασυνδέσουν τη θεωρητική γνώση με την κλινική πράξη. Τα κεφάλαια τέσσερα έως επτά περιγράφουν συγκεκριμένα εργαλεία προκειμένου για την αξιολόγηση από τον νοσηλευτή της υγείας της οικογένειας, με συγκεκριμένη αναφορά στη νοσηλευτική διεργασία, στο μοντέλο αξιολόγησης της οικογένειας της Friedman, στο μοντέλο Calgary για την αξιολόγηση και παρέμβαση στην οικογένεια και στη συνάντηση και συνέντευξη με την οικογένεια. Στη συνέχεια, τα κεφάλαια οκτώ και εννέα εστιάζουν αντίστοιχα στην πολυδιάστατη και πολυπαραγοντική αξιολόγηση και νοσηλευτική φροντίδα της οικογένειας στο πλαίσιο της ανακουφιστικής φροντίδας, και της οικογένειας με άρρωστο παιδί. Τέλος, το εγχειρίδιο ολοκληρώνεται με το κεφάλαιο δέκα, το οποίο περιγράφει προβληματισμούς και προκλήσεις για τη νοσηλευτική της οικογένειας.

Ακολουθεί μια πιο αναλυτική περιγραφή των κεφαλαίων του εγχειριδίου:

Το πρώτο κεφάλαιο επιχειρεί να προσδιορίσει το πλαίσιο άσκησης της νοσηλευτικής της οικογένειας. Αρχικά, διενεργείται μια σύντομη περιγραφή της οικογένειας και των χαρακτηριστικών αυτής και, στη συνέχεια, παρουσιάζονται βασικά στοιχεία για τη φιλοσοφία και την πρακτική της νοσηλευτικής της οικογένειας.

Στο δεύτερο κεφάλαιο επιχειρείται μια σύντομη περιγραφή των εννοιών και του πλαισίου άσκησης της κατ' οίκον νοσηλευτικής φροντίδας, σκιαγραφούνται οι ρόλοι του νοσηλευτή, καθώς επίσης παρουσιάζονται οι διαφορετικές προσεγγίσεις της οικογένειας από τον νοσηλευτή στο πλαίσιο της κατ' οίκον νοσηλευτικής φροντίδας.

Το τρίτο κεφάλαιο εστιάζει στη συνοπτική παρουσίαση θεωρητικών προσεγγίσεων, που άπτονται των επιστημών της ψυχολογίας, της νοσηλευτικής και της κοινωνιολογίας και που αφορούν την οικογένεια και τη νοσηλευτική της οικογένειας.

Το τέταρτο κεφάλαιο επικεντρώνεται στη συστηματική παρουσίαση της εφαρμογής των σταδίων της νοσηλευτικής διεργασίας για την αξιολόγηση της υγείας της οικογένειας. Αρχικά, παρουσιάζονται μέθοδοι και εργαλεία, τα οποία χρησιμοποιούνται για την αξιολόγηση της υγείας της οικογένειας, εξετάζονται αναλυτικά

¹ Στο παρόν σύγγραμμα χρησιμοποιείται, για λόγους συντομίας, ο όρος «ο νοσηλευτής/τον νοσηλευτή κ.λπ.» (αρσενικό γένος). Εντούτοις, σε κάθε περίπτωση εννοείται και το θηλυκό (η νοσηλεύτρια/τη νοσηλεύτρια κ.λπ.).

τα στάδια της νοσηλευτικής διεργασίας, συζητιούνται τα είδη των νοσηλευτικών παρεμβάσεων για την οικογένεια και, τέλος, περιγράφεται εν συντομία το σύστημα Ταξινόμησης Omaha. Επιπλέον, ιδιαίτερο βάρος δόθηκε στη χρήση παραδειγμάτων για την καλύτερη κατανόηση του κεφαλαίου.

Το πέμπτο κεφάλαιο πραγματεύεται την περιγραφή του μοντέλου αξιολόγησης της οικογένειας της Friedman, σύμφωνα με το οποίο η οικογένεια προσεγγίζεται ως ένα ανοικτό σύστημα με λειτουργικές απαιτήσεις.

Στο κεφάλαιο έξι παρουσιάζεται το μοντέλο Calgary, το οποίο στοχεύει στην αξιολόγηση και παρέμβαση στην οικογένεια. Περιγράφονται οι κατηγορίες και υποκατηγορίες αξιολόγησης της οικογένειας, καθώς επίσης και τα πεδία λειτουργικότητας της οικογένειας για την επίτευξη αποτελεσματικών νοσηλευτικών παρεμβάσεων.

Στο κεφάλαιο επτά παρέχονται χρήσιμες πληροφορίες σχετικά με την προετοιμασία του νοσηλευτή για τη συνάντηση και επικοινωνία με την οικογένεια. Αρχικά, περιγράφονται τα στάδια της συνέντευξης, επισημαίνονται σημεία που χρήζουν προσοχής για τη βέλτιστη ανταπόκριση του νοσηλευτή στον ρόλο του, και εν συνεχεία παρουσιάζονται είδη ερωτήσεων οι οποίες προάγουν τη θεραπευτική επικοινωνία με την οικογένεια. Τέλος, γίνεται αναφορά σε συνήθεις αστοχίες που συμβαίνουν κατά τη διάρκεια μιας συνάντησης.

Στο κεφάλαιο οκτώ εξετάζονται οι διαστάσεις αξιολόγησης και παρέμβασης στην οικογένεια στις οποίες ο νοσηλευτής κρίνεται σκόπιμο να κατευθύνει την αξιολόγησή του και τις παρεμβάσεις του υπό τη φιλοσοφία της ανακουφιστικής φροντίδας. Αρχικά παρουσιάζονται αδρά τα χαρακτηριστικά της ανακουφιστικής φροντίδας, και ακολούθως περιγράφεται η πολυεπίπεδη αξιολόγηση και παρέμβαση στην οικογένεια.

Το κεφάλαιο εννέα επιχειρεί να περιγράψει τη νοσηλευτική αξιολόγηση και φροντίδα της οικογένειας με άρρωστο παιδί. Αρχικά, επισημαίνεται η φροντίδα με επίκεντρο την οικογένεια και, στη συνέχεια, περιγράφονται τα πολλαπλά πεδία αξιολόγησης και φροντίδας της οικογένειας με άρρωστο παιδί στην κοινότητα.

Τέλος, το δέκατο κεφάλαιο σκιαγραφεί τους προβληματισμούς και προκλήσεις για τη νοσηλευτική της οικογένειας, θέματα τα οποία προέκυψαν μέσα από τον προβληματισμό για τις υπάρχουσες εθνικές και διεθνείς συνθήκες στην εκπαίδευση και την παροχή της φροντίδας υγείας.

Το εγχειρίδιο αυτό έρχεται να εξειδικεύσει σε γνώσεις που αφορούν την αξιολόγηση της υγείας της οικογένειας και αξιοποιεί ως προαπαιτούμενες τις προϋπάρχουσες γνώσεις, δεξιότητες και ικανότητες του νοσηλευτή στην κοινοτική νοσηλευτική και στην κατ' οίκον νοσηλευτική φροντίδα. Λαμβάνεται επιπροσθέτως υπόψη ότι αξιολόγηση της υγείας της οικογένειας και νοσηλευτική φροντίδα στην οικογένεια παρέχουν άμεσα οι νοσηλευτές που εργάζονται στην κοινότητα (σπίτι, σχολείο, κέντρο υγείας, κέντρο ψυχικής υγείας κ.ά.). Εντούτοις, στο ευρύτερο πλαίσιο της ολιστικής νοσηλευτικής προσέγγισης και της ανθρωποκεντρικής φροντίδας, η αξιολόγηση της οικογένειας και η φροντίδα αυτής αφορούν κάθε νοσηλευτή, όπως επίσης η οικογένεια και η υγεία αυτής και των μελών της αποτελούν αντικείμενο μελέτης και έρευνας για πολλές επιστήμες. Συνεπώς, η διεπιστημονική συνεργασία σε επίπεδο άσκησης του κλινικού ρόλου είναι η αναγκαία και επιθυμητή προσέγγιση για την υποστήριξη της οικογένειας.

Σε αρκετές περιπτώσεις περιγράφονται σενάρια/μελέτες περίπτωσης, οι οποίες είναι προϊόν φαντασίας με κατάλληλη διαμόρφωση για να εξυπηρετήσουν τους εκπαιδευτικούς σκοπούς.

Συνοψίζοντας, οι οικογένειές μας, οι γονείς μας, οι σύζυγοι/σύντροφοί μας, τα παιδιά μας είναι από τα πολυτιμότερα «αγαθά» στη ζωή μας, και φυσικά αξίζουν την αμέριστη προσοχή και υποστήριξη από εμάς τους ανθρώπους, εμάς τους νοσηλευτές, εμάς τους επαγγελματίες υγείας.

Κεφάλαιο 1 Υγεία της οικογένειας και νοσηλευτική της οικογένειας

Σύνοψη

Σκοπός του παρόντος κεφαλαίου είναι να γνωρίσει ο αναγνώστης την οικογένεια, καθώς και έννοιες που την περιβάλλουν, όπως τα χαρακτηριστικά, οι λειτουργίες, η δομή, οι διαδικασίες, ο κύκλος ζωής της οικογένειας. Η επίγνωση των συγκεκριμένων χαρακτηριστικών θα αποτελέσει ένα εργαλείο για τον νοσηλευτή που ασχολείται με τη φροντίδα της οικογένειας, προκειμένου να επιτύχει την εξατομικευμένη αξιολόγηση και φροντίδα η οποία αντίστοιχα είναι προσαρμοσμένη στη μοναδικότητα του κάθε οικογενειακού συστήματος.

Προαπαιτούμενη γνώση

Γνώσεις ενός τυπικού προπτυχιακού μαθήματος Κοινωνικής Νοσηλευτικής και καλή κατανόηση των αρχών και της φιλοσοφίας της Κοινωνικής Νοσηλευτικής.

Γλωσσάριο επιστημονικών όρων

Διαδικασίες οικογένειας	Οικογένεια
Δομή οικογένειας	Προσαρμογή οικογένειας
Κρίση στην οικογένεια	Ρόλοι νοσηλευτή της οικογένειας
Κύκλος ζωής της οικογένειας	Υγεία
Λειτουργίες της οικογένειας	Υγεία της οικογένειας
Νοσηλευτική της οικογένειας	Υγιής οικογένεια

Εννοιολογικοί προσδιορισμοί

1.1 Πώς ορίζεται η υγεία;

Η υγεία ορίζεται από τον World Health Organization (WHO, 1948) ως «η κατάσταση πλήρους σωματικής, πνευματικής και κοινωνικής ευεξίας και όχι μόνον η απουσία ασθένειας ή αναπηρίας. Είναι ο βαθμός στον οποίο ένα άτομο ή μια ομάδα μπορεί αφενός να πραγματοποιήσει τις φιλοδοξίες και να ικανοποιήσει τις ανάγκες του/της και αφετέρου να αλλάξει ή να αντιμετωπίσει με επιτυχία το περιβάλλον. Η υγεία, συνεπώς, θεωρείται το μέσο για την καθημερινή ζωή και όχι ως ο σκοπός της ζωής. Πρόκειται για μια θετική αντίληψη που δίνει έμφαση στους κοινωνικούς και προσωπικούς πόρους και ικανότητες».

1.2 Πώς ορίζεται η οικογένεια;

Ο ορισμός της οικογένειας έχει απασχολήσει πολλές επιστήμες, όπως η νομική, η βιολογία, η κοινωνιολογία, η ψυχολογία, και αντίστοιχα έχουν αποδοθεί πολλοί ορισμοί. Η οικογένεια ορίζεται ως το κοινωνικό σύστημα που αποτελείται από άτομα που συνυπάρχουν στο ίδιο πλαίσιο προσδοκιών για μια «αμφίδρομη σχέση ευθύνης και στοργής». Σύμφωνα με τον παραπάνω ορισμό, πρόκειται για μια σχέση η οποία δεν πηγάζει κατ' ανάγκη από σχέσεις γάμου, αίματος, υιοθεσίας ή συμβίωσης, αλλά αντανακλά τις τεράστιες αλλαγές στις κοινωνικές στάσεις και αξίες, οι οποίες προκαλούν αντίστοιχες αλλαγές στη δομή και λειτουργία της οικογένειας. Για παράδειγμα, το πέρασμα από την παραδοσιακή εκτεταμένη οικογένεια στην πυρηνική ως αποτέλεσμα της κυριαρχίας των συζυγικών δεσμών έναντι των δεσμών αίματος, της χαλάρωσης των κοινωνικών δεσμών και της ανεξαρτητοποίησης του ατόμου, της συμμετοχής της γυναίκας/συζύγου στην παραγωγική διαδικασία, της εσωτερικής μετανάστευσης των οικογενειών στα αστικά κέντρα κ.ά.

Κατά τον Stuart (1991), η οικογένεια έχει τα ακόλουθα χαρακτηριστικά:

- Είναι ένα σύστημα, μια μονάδα.
- Τα μέλη έχουν ή δεν έχουν σχέση και ζουν ή δεν ζουν μαζί.
- Η μονάδα μπορεί να περιλαμβάνει ή όχι παιδιά.
- Υπάρχουν δεσμεύσεις, δεσμοί και μελλοντικές υποχρεώσεις.
- Οι διαδικασίες παροχής φροντίδας περιλαμβάνουν την προστασία, τη διατήρηση στη ζωή και την κοινωνικοποίηση των μελών.

Κάθε οικογένεια είναι διαφορετική στη δομή, στη λειτουργία και στις διαδικασίες της, ενώ υπόκειται έντονα σε πολιτισμικές διαφοροποιήσεις. Επίσης, η οικογένεια επηρεάζει και επηρεάζεται από την υγεία του κάθε μέλους αλλά και την υγεία της οικογένειας ως μονάδας. Επομένως, κάθε οικογένεια είναι μοναδική και η προσέγγισή της από τον νοσηλευτή της οικογένειας πρέπει να είναι εξατομικευμένη και προσαρμοσμένη στις ανάγκες της. Ο νοσηλευτής της οικογένειας οφείλει να διερευνήσει και να εξακριβώσει ποια είναι τα μέλη της οικογένειας και αντίστοιχα να τα συμπεριλάβει στο σχέδιο φροντίδας.

1.3 Πώς ορίζεται η υγεία της οικογένειας;

Η υγεία της οικογένειας (family health) ορίζεται ως μια δυναμικά μεταβαλλόμενη κατάσταση ευεξίας, η οποία περιλαμβάνει τους βιολογικούς, σωματικούς, ψυχολογικούς, κοινωνιολογικούς, πολιτισμικούς και πνευματικούς παράγοντες τόσο των μελών της οικογένειας όσο και ολόκληρου του οικογενειακού συστήματος.

Hanson, 2005

Πρόκειται για μια προσέγγιση πολυπαραγοντική.

- Έχει τη βάση της τόσο στα μέλη της οικογένειας ως ξεχωριστές/μοναδικές οντότητες όσο και στο σύνολο της οικογένειας ως μονάδας ή ενότητας.
- Μια αμφίδρομη σχέση υφίσταται, όπου η λειτουργία της οικογένειας (υγεία, ευεξία, αλλά και ασθένεια) επηρεάζει τη λειτουργία του κάθε μέλους της οικογένειας ξεχωριστά, αλλά και, αντίστροφα, η υγεία (ή μη) του κάθε μέλους χωριστά επηρεάζει τη λειτουργία της οικογένειας.

Έτσι, στην περίπτωση της αξιολόγησης της υγείας της οικογένειας είναι απαραίτητο να εκτιμηθούν ταυτόχρονα:

- η υγεία των μελών χωριστά, αλλά και
- η λειτουργικότητα ολόκληρου του οικογενειακού συστήματος.

Υπάρχει αμφίδρομη σχέση μεταξύ της υγείας των μελών και της οικογένειας ως συνόλου, και ως εκ τούτου οποιαδήποτε αξιολόγηση της υγείας της οικογένειας περιλαμβάνει την αξιολόγηση της υγείας του κάθε μέλους ξεχωριστά και της λειτουργικότητας ολόκληρου του οικογενειακού συστήματος.

Η σημασία της υγείας της οικογένειας για την προαγωγή της υγείας τόσο των ατόμων όσο και των κοινωνιών έχει καλά τεκμηριωθεί στη διεθνή βιβλιογραφία. Η κατάσταση υγείας και ευεξίας της συνεχώς μεταβάλλεται και εξαρτάται από παράγοντες βιολογικούς, ψυχολογικούς, συναισθηματικούς, κοινωνικούς, πολιτισμικούς, πνευματικούς, οικονομικούς και περιβαλλοντικούς.

1.3.1 Τα χαρακτηριστικά της υγιούς οικογένειας

Πιο αναλυτικά, τα χαρακτηριστικά μιας υγιούς οικογένειας (*healthy family*), σύμφωνα με τη Hanson (2005), είναι τα ακόλουθα:

- καλή επικοινωνία μεταξύ των μελών,
- υποστήριξη, αλληλεπίδραση,
- αποδοχή, διδασκαλία,
- σεβασμός μελών/προσωπικού χώρου,

- αμοιβαία εμπιστοσύνη,
- συμμετοχή σε κοινές δραστηριότητες,
- ψυχαγωγία-αίσθηση χιούμορ,
- ίση κατανομή ευθυνών,
- κοινές παραδόσεις/συνήθειες,
- τα μέλη της αντιλαμβάνονται τα προβλήματα και ζητούν την κατάλληλη βοήθεια (οικογένεια, φίλοι, ειδικοί κ.ά.) όταν χρειάζεται.

Σύμφωνα με τον Pratt (1976), η υγιής οικογένεια είναι μια «ενεργοποιημένη οικογένεια», της οποίας:

- Τα μέλη αλληλεπιδρούν μεταξύ τους συνεχώς και σε πολλά περιβάλλοντα.
- Η ενδυνάμωση και η ολοκλήρωση των μελών επιτυγχάνονται με τη συνεχή επαφή τους με άλλες κοινωνικές ομάδες.
- Κάθε μέλος έχει έλεγχο της ζωής του μέσα από τη συμμετοχή του σε ομάδες, την πληροφόρηση, την ευχέρεια επιλογών και τη συμμετοχή στη λήψη αποφάσεων.
- Η οικογένεια διακρίνεται γενικότερα από ευελιξία, δηλαδή ευέλικτες σχέσεις ρόλων, ίσες αρμοδιότητες, προσαρμογή σε αλλαγές, υποστήριξη εξέλιξης και αυτονομίας άλλων μελών, συμμετοχή στη λήψη αποφάσεων.

Από την ανασκόπηση της βιβλιογραφίας περιγράφονται έξι βασικά χαρακτηριστικά της υγιούς οικογένειας. Συγκεκριμένα:

1. Διευκολύνει τη διαδικασία αλληλεπίδρασης μεταξύ των μελών της με τους ακόλουθους τρόπους:
 - Προάγει την αποτελεσματική επικοινωνία μεταξύ των μελών της, η οποία είναι απαραίτητη για τη διεξαγωγή των λειτουργιών της οικογένειας.
 - Τα μέλη βρίσκονται σε συνεχή αλληλεπίδραση μεταξύ τους.
 - Γίνεται ευρεία χρήση της λεκτικής επικοινωνίας.
2. Προάγει την ατομική ανάπτυξη του κάθε μέλους της:
 - Η υγιής οικογένεια είναι υπεύθυνη για τις ανάγκες των μελών της, παρέχει ελευθερία και κατάλληλη υποστήριξη για να προάγει την ανάπτυξη κάθε μέλους της.
 - Οι τρόποι προαγωγής της ανάπτυξης κάθε μέλους διαφέρουν από οικογένεια σε οικογένεια.
3. Τα μέλη αναλαμβάνουν και οικοδομούν τους ρόλους τους με αποτελεσματικό τρόπο:
 - Τα μέλη της οικογένειας προσαρμόζουν τους ρόλους τους στις μεταβαλλόμενες ανάγκες της οικογένειας, π.χ. εργαζόμενη μητέρα, άρρωστος/-η αδερφός/-ή.
 - Η αλλαγή σταδίου στον κύκλο της ζωής της οικογένειας απαιτεί τροποποιήσεις στους ρόλους, στα καθήκοντα και στον βαθμό και είδος του ελέγχου που ασκείται από την οικογένεια σε κάθε μέλος της ανάλογα με την ηλικία του. Επί παραδείγματι, το παιδί / ο έφηβος μαθαίνει να φέρνει εις πέρας τις δουλειές του σπιτιού, δεξιότητα απαραίτητη προκειμένου να χειρίζεται την καθημερινότητά του όταν θα φύγει από το σπίτι για σπουδές και θα ζει μόνος του.
4. Χρησιμοποιεί ενεργητική προσέγγιση για την επίλυση των προβλημάτων:
 - Προβαίνει σε ενεργητική προσπάθεια για να ξεπεραστούν τα προβλήματα.
 - Δεξιότητες αντιμετώπισης και μηχανισμοί άμυνας ενεργοποιούνται σε κάθε πρόβλημα από όλα τα μέλη, π.χ. παιδική παχυσαρκία → συμβουλευτική παρέμβαση → εμπλοκή όλης της οικογένειας για την υποστήριξη.
 - Διερεύνηση απλών εμφανών λύσεων στα προβλήματα, π.χ. τα οικονομικά προβλήματα μπορούν να βελτιωθούν μέσω π.χ. της μείωσης περιττών εξόδων από την κατανάλωση φαγητού από έξω, τον περιορισμό στις συνήθειες καπνίσματος και χρήσης αλκοόλ κ.ά.
5. Διατηρεί υγιές περιβάλλον ανάπτυξης και τρόπο ζωής:
 - Ασφαλές και υγιές περιβάλλον διαβίωσης.
 - Ισορροπία στον τρόπο ζωής των μελών, συμπεριλαμβανομένων της διατροφής, της άσκησης, της ψυχαγωγίας, τις υγιεινές συνήθειες, την αναζήτηση υπηρεσιών υγείας κ.ά.

- Το συναισθηματικό κλίμα είναι θετικό και υποστηρικτικό για την ανάπτυξη των μελών. Κυριαρχεί η αποδοχή, η αίσθηση ασφάλειας, ο σεβασμός κ.ά.

6. Διαθέτει κανάλια διασύνδεσης με την ευρύτερη κοινότητα:

- Διατήρηση δεσμών με την κοινότητα, π.χ. συμμετοχή σε συλλόγους, επικοινωνία με συγγενείς, σχολείο κ.ά.
- Η απουσία ή η ελλιπής διατήρηση διασύνδεσης με την κοινότητα μπορεί να σχετίζεται με τους ακόλουθους παράγοντες: α) έλλειμμα γνώσεων, π.χ. για τα υποστηρικτικά δίκτυα της κοινότητας, β) προηγούμενες αρνητικές εμπειρίες, π.χ. αρνητική εμπειρία μιας οικογένειας από έναν σχολικό σύμβουλο για την επιθετική συμπεριφορά του παιδιού τους μπορεί να έχει ως αποτέλεσμα την άρνηση της οικογένειας να απευθυνθεί σε άλλους εξειδικευμένους επαγγελματίες, γ) προσδοκίες της οικογένειας από τους άλλους ή θέματα κουλτούρας, π.χ. μια οικογένεια μεταναστών δεν έχει την παραμικρή υποψία ότι μπορεί να ενοχλεί τους γείτονες με τις σχεδόν καθημερινές συναντήσεις που γίνονται στο σπίτι της από ομοεθνείς όπου συζητούν, τραγουδούν και διασκεδάζουν δυνατά, διότι αυτή είναι μια συνήθης συμπεριφορά στην κουλτούρα τους.

Τα χαρακτηριστικά αυτά είναι σκόπιμο στο πλαίσιο της αξιολόγησης της υγείας της οικογένειας να διερευνηθούν και να αντιμετωπιστούν με κατάλληλες παρεμβάσεις.

1.3.2 Οι λειτουργίες της οικογένειας

Οι λειτουργίες της οικογένειας περιγράφονται ως οι ατομικές και συνεργατικές διαδικασίες μεταξύ των μελών της, οι οποίες λειτουργίες χρησιμοποιούνται για την ανάπτυξη εκάστου μέλους της, καθώς αυτά δυναμικά αλληλεπιδρούν μεταξύ τους μέσα σε διαφορετικά περιβάλλοντα. Ή, με άλλα λόγια, οι λειτουργίες της οικογένειας αφορούν τους τρόπους με τους οποίους η οικογένεια ενισχύει και υποστηρίζει τα μέλη της. Οι λειτουργίες που επιτελεί η οικογένεια περιλαμβάνουν (Hanson, 2001):

1. αναπαραγωγή, η ανατροφή και γαλούχηση των μελών και η διατήρηση της ζωής,
2. κοινωνικοποίηση,
3. οικονομική ενίσχυση, π.χ. διαχείριση χρημάτων, αποταμίευση,
4. φροντίδα της υγείας, π.χ. συμπεριφορές υγείας, όπως η συνήθεια της υγιεινής των δοντιών, του ύπνου, η σωστή διατροφή κ.ά., ανεπίσημη φροντίδα μελών της οικογένειας, όπως η φροντίδα των ηλικιωμένων γονέων,
5. εκπαιδευτική λειτουργία και μεταβίβαση δεσμών, κουλτούρας και θρησκευτικής πίστης,
6. συναισθηματική λειτουργία, για παράδειγμα αγάπη, αίσθημα του «ανήκειν σε μια ομάδα», ασφάλεια, ταυτότητα, αμοιβαία φροντίδα,
7. διαπιστώνεται, βέβαια, στο πέραςμα του χρόνου, ότι οι συγκεκριμένες λειτουργίες της οικογένειας τροποποιούνται και εξελίσσονται.

1.3.3 Δομή της οικογένειας

Η δομή της οικογένειας (*family structure*) προσδιορίζεται από:

- τα μέλη της οικογένειας,
- τις σχέσεις μεταξύ των μελών της,
- την αλληλεπίδραση μεταξύ των μελών της,
- την αλληλεπίδραση των μελών της εκάστοτε οικογένειας με άλλα κοινωνικά συστήματα.

Η παραδοσιακή μορφή της οικογένειας με τους γονείς, τους παππούδες, τις γιαγιάδες και τα παιδιά έχει δώσει τη θέση της σήμερα σε πολλές πολιτισμικές ομάδες, σε νέες μορφές οικογένειας, όπως η πυρηνική οικογένεια (με ή χωρίς παιδιά), η διπυρηνική, όπου είναι η συνένωση δύο πυρηνικών οικογενειών μετά από διαζύγιο, η μονογονική οικογένεια, οι διαζευγμένοι/ξαναπαντρεμένοι γονείς, η οικογένεια ομόφυλων ζευγαριών και η οικογένεια από συμβίωση.

1.3.4 Διαδικασίες της οικογένειας

Οι διαδικασίες της οικογένειας (*family processes*) σχετίζονται με τη συνεχή αλληλεπίδραση μεταξύ των μελών της για την εκτέλεση των καθηκόντων τους. Οι διαδικασίες που επιτελούνται μέσα στην οικογένεια:

- Προσδίδουν τη μοναδικότητά της.
- Οικογένειες με παρόμοια δομή και λειτουργία αλληλεπιδρούν διαφορετικά.
- Επηρεάζουν και επηρεάζονται περισσότερο ή λιγότερο από την υγεία ή την ασθένεια.
- Οι διαδικασίες τροποποιούνται σε περίοδο κρίσης, ασθένειας, φυσικών καταστροφών κ.ά.
- Οι διαδικασίες που επιτελούνται μέσα στην οικογένεια περιλαμβάνουν:
 - Ανάπτυξη στρατηγικών αντιμετώπισης των καταστάσεων, όπως ψυχική (και φυσική) ενδυνάμωση των μελών της οικογένειας και υποστήριξη. Παραδείγματος χάριν, κάθε οικογένεια έχει τις δικές της στρατηγικές αντιμετώπισης του στρες, οι οποίες μπορεί να είναι ή να μην είναι αποτελεσματικές ανάλογα με το πρόβλημα που έχει να αντιμετωπίσει. Για παράδειγμα, θα αναφέρουμε τις τακτικές που ακολουθούνται σε περίπτωση θανάτου, την αλληλεπίδραση μεταξύ των μελών της οικογένειας, τη βοήθεια από τους οικείους για τις προτεραιότητες και τις ενέργειες που πρέπει να γίνουν άμεσα σε αυτήν τη δύσκολη κατάσταση, τη συγκέντρωση των οικείων και φίλων του θανόντος για το «αντίο» κ.ά.
- Ρόλοι των μελών: Μέσα στην οικογένεια, ανάλογα με τη δομή της, κάθε μέλος αναλαμβάνει συγκεκριμένους ρόλους και κάθε ρόλος συνοδεύεται από προσδοκίες, όπως κουβαλητής, φροντίδα σπιτιού, φροντίδα παιδιών, κοινωνικοποίηση, θεραπευτικός, δημιουργικός, ισχυρή συναισθηματική (και πρακτική) βοήθεια/φροντίδα λόγω συγγενείας κ.ά. Πιο αναλυτικά, μέσα σε μια οικογένεια υπάρχουν τυπικοί και άτυποι ρόλοι των μελών της, όπως π.χ. μέλος που δίνει ενθάρρυνση, μέλος που εναρμονίζεται, ο αποδιοπομπαίος τράγος κ.ά. Για παράδειγμα, στον «ρόλο του ασθενούς» το άτομο που νοσεί απέχει από άλλους ρόλους, δεν φέρει ευθύνη για την ασθένειά του, κάνει ενέργειες για την ανάρρωσή του και αναζητά κατάλληλη φροντίδα για την υγεία του.
- Ένταση ρόλων, συγκρούσεις, υπερφόρτωση ρόλων: Συγκρούσεις υπάρχουν όταν ο ορισμός ενός ρόλου από ένα μέλος δεν είναι σε συμφωνία με τον ορισμό του ίδιου ρόλου από άλλο μέλος ή όταν το μέλος δεν συμβιβάζεται με τις προσδοκίες για τον ρόλο που του έχει δοθεί/αναλάβει. Υπερφόρτωση συμβαίνει όταν ένα μέλος αναλαμβάνει πολλαπλούς ρόλους και ένταση ρόλων συμβαίνει όταν ένα μέλος δεν μπορεί να ανταποκριθεί στους ρόλους του για διάφορους λόγους, όπως η έλλειψη γνώσεων για τον ρόλο, συγκρούσεις, υπερφόρτωση, αδυναμία να προσδιορίσει την κατάσταση.
- Επικοινωνία των μελών: Η επικοινωνία μέσα στην οικογένεια προσδιορίζει την πραγματικότητά της και οικοδομεί τις σχέσεις των μελών της.
- Διαδικασίες λήψης αποφάσεων: Είναι διαδικασίες οι οποίες δεν πρέπει να διεξάγονται και να επιτελούνται σε ατομικό επίπεδο, αλλά αντίθετα πρέπει να διενεργούνται σε ομαδικό επίπεδο, με συζήτηση, αλληλεπίδραση και επικοινωνία, όπως π.χ. η υιοθέτηση ενός κατοικιδίου ή η αγορά ενός ακριβού παιχνιδιού κ.ά.
- Τελετουργίες και καθημερινότητα: Οι τελετουργίες αφορούν γιορτές, θρησκευτικές ενέργειες, παραδόσεις, συμβολικά γεγονότα, ενώ η καθημερινότητα αφορά δραστηριότητες και ενέργειες που συνδέονται με την καθημερινή ζωή, όπως π.χ. ώρες γευμάτων, συνήθειες ύπνου, δραστηριότητες ελεύθερου χρόνου, αποχαιρετισμοί, φροντίδα καλεσμένων κ.ά.

1.3.5 Ο κύκλος ζωής της οικογένειας

Η οικογένεια στον κύκλο της ζωής της διέρχεται από διαφορετικά αναπτυξιακά στάδια, σε καθένα από τα οποία τα μέλη έχουν διαφορετικούς ρόλους, αναπτυξιακούς στόχους και καθήκοντα. Τα στάδια του κύκλου της ζωής μιας τυπικής οικογένειας με παιδιά περιλαμβάνουν:

- Ξεκίνημα της οικογένειας (γάμος).
- Οικογένεια με παιδιά στην πρώιμη ηλικία (το μεγαλύτερο παιδί είναι νήπιο).
- Οικογένεια με παιδιά προσχολικής ηλικίας (το μεγαλύτερο παιδί είναι 2,5-5 ετών).
- Οικογένεια με παιδιά σχολικής ηλικίας (το μεγαλύτερο παιδί είναι 5-13 ετών).
- Οικογένεια με παιδιά στην εφηβεία.

- Οικογένεια με νεαρούς ενήλικες – Ξεκίνημα νέας οικογένειας (τα παιδιά φεύγουν από την πατρική εστία, ανεξαρτητοποιούνται).
- Οικογένεια μέσης ηλικίας (συζυγική δυάδα έως τη σύνταξη).
- Ηλικιωμένοι γονείς – Γηράσκουσα οικογένεια.

Αξίζει να σημειωθεί ότι διαφορετικά είναι τα στάδια στους κύκλους ζωής μιας οικογένειας με διαζύγιο ή μιας οικογένειας που προκύπτει από τη σύνδεση δυο διαφορετικών οικογενειών ή μιας ομοφυλικής οικογένειας. Για παράδειγμα, σε μια διεzeugμένη οικογένεια υπάρχει το στάδιο του διαζυγίου, της οικογένειας μετά το διαζύγιο και ενδεχομένως το στάδιο του νέου γάμου.

1.4 Νοσηλευτική της οικογένειας

Η νοσηλευτική της οικογένειας (*family nursing*) ή οικογενειακή νοσηλευτική είναι ταυτόχρονα μια φιλοσοφία και μια πρακτική, η οποία ενσωματώνει τις ακόλουθες βασικές ιδέες:

- Η υγεία ή η ασθένεια επηρεάζει όλα τα μέλη της οικογένειας.
- Η υγεία και η ασθένεια συμβαίνουν μέσα στην οικογένεια.
- Η οικογένεια επηρεάζει τη διαδικασία της φροντίδας υγείας των μελών της, καθώς και την έκβαση αυτής.
- Η νοσηλευτική της οικογένειας αποτελεί κλάδο/εξειδίκευση της «*Επιστήμης της Νοσηλευτικής*» με ισχυρό:
- Θεωρητικό υπόβαθρο βασισμένο στις Νοσηλευτικές Θεωρίες και στις Θεωρίες που έχουν διατυπωθεί για την «Οικογένεια».
- Εφαρμοσμένο μέρος, δηλαδή πρακτικά «εργαλεία» που έχουν αναπτυχθεί από τους οικογενειακούς νοσηλευτές για διευκόλυνση της εργασίας τους.
- Πεδίο εφαρμογής/κλινικό πεδίο την οικογένεια και ολόκληρη την κοινότητα.
- Η νοσηλευτική της οικογένειας είναι μια εξειδίκευση όπου νοσηλευτές και οικογένειες:
- Συνεργάζονται με σκοπό να διασφαλίσουν ότι το κάθε μέλος της οικογένειας προσαρμόζεται με επιτυχία και αποτελεσματικά στην υγεία αλλά και στην ασθένεια.
- Εντέλει, το σύστημα της οικογένειας κατακτά ένα νέο επίπεδο αρμονικής λειτουργίας.

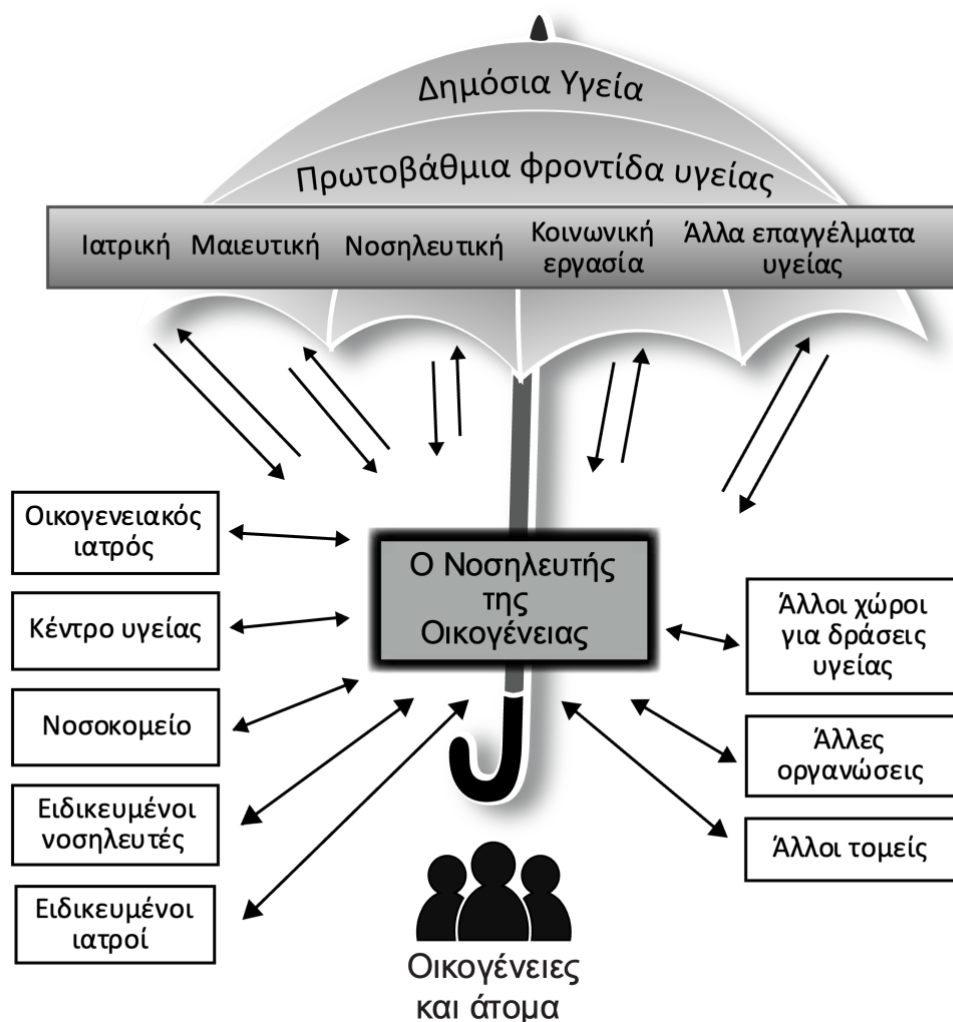
Πιο αναλυτικά, η νοσηλευτική της οικογένειας είναι η διαδικασία παροχής φροντίδας υγείας για τις ανάγκες της οικογένειας μέσα από τη νοσηλευτική πρακτική. Η οικογένεια μελετάται ως περιβάλλον, ως σύνολο, ως σύστημα, ως συστατικό της κοινωνίας, και η *Νοσηλευτική Πρακτική* έχει στόχους την προαγωγή, τη διατήρηση και την αποκατάσταση της υγείας της οικογένειας, συνολικά.

Το θεωρητικό υπόβαθρο της οικογενειακής νοσηλευτικής είναι συγκεκριμένο και αναπτύσσεται στο παρόν εγχειρίδιο. Στην Ελλάδα, το εφαρμοσμένο μέρος της οικογενειακής νοσηλευτικής μπορεί να υποστηριχτεί ότι εντάσσεται μέσα στο πλαίσιο της άσκησης της *Κοινοτικής Νοσηλευτικής*, η οποία αναπτύσσεται και παρέχεται από νοσηλευτές στις υπηρεσίες *Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας (ΠΦΥ)* όπως τα *Κέντρα Υγείας* και οι *Τοπικές Μονάδες Υγείας*, της *Σχολικής Νοσηλευτικής* και της *Κατ' οίκον νοσηλευτικής φροντίδας* ή *Κατ' οίκον φροντίδας υγείας* και τα *Κοινοτικά Κέντρα Ψυχικής Υγείας*. Σε κάποιες χώρες στο εξωτερικό η οικογενειακή νοσηλευτική εντάσσεται στο πλαίσιο της εξειδίκευσης της κατ' οίκον νοσηλευτικής φροντίδας ή κατ' οίκον φροντίδας υγείας, δεδομένου ότι η άσκηση της οικογενειακής νοσηλευτικής διεξάγεται κυρίως, αλλά όχι αποκλειστικά στο πλαίσιο της κατ' οίκον επίσκεψης. Οι υπηρεσίες κατ' οίκον φροντίδας υγείας στην Ελλάδα βρίσκονται σε ένα αρχικό αλλά εξελισσόμενο στάδιο. Ο τρόπος λειτουργίας αυτών των υπηρεσιών τόσο της Κοινοτικής Νοσηλευτικής όσο και της Κατ' οίκον φροντίδας υγείας αναδεικνύει, όσον αφορά την οικογενειακή νοσηλευτική, εμπόδια που πρέπει να ξεπεραστούν και προκλήσεις που πρέπει οι επαγγελματίες υγείας να αποδεχθούν. Όπως για παράδειγμα, ενδεικτικά, ότι:

- Συχνά οι πάροχοι των υπηρεσιών υγείας εστιάζουν στις ανάγκες του μέλους που νοσεί, και οι ανάγκες υγείας του υπόλοιπου οικογενειακού συστήματος παραγνωρίζονται ή και αγνοούνται.

- Η υπηρεσία της κατ' οίκον νοσηλευτικής φροντίδας είναι περιορισμένη γεωγραφικά, κυρίως στην πρωτεύουσα ή σε μεγάλες πόλεις, οπότε ανακύπτουν ζητήματα ισότητας, δικαιοσύνης και προσβασιμότητας όλου του πληθυσμού.
- Παρατηρείται απουσία νομικού πλαισίου ανάπτυξης της εξειδίκευσης της οικογενειακής νοσηλευτικής.

Πρόσφατα, αναπτύχθηκε το πλαίσιο για την ειδικότητα της Νοσηλευτικής Δημόσιας Υγείας / Κοινωνικής Νοσηλευτικής με σκοπό την ανάπτυξη απαιτούμενου αριθμού, ικανών, κατάλληλα εκπαιδευμένων στελεχών, έτσι ώστε η Κοινωνική Νοσηλευτική και Νοσηλευτική Δημόσιας Υγείας να αποκτήσει την αναγνώριση και την ευρεία αποδοχή που της αρμόζει, σύμφωνα με τα διεθνή πρότυπα με άμεσο αντίκτυπο τη βελτίωση των παρεχόμενων υπηρεσιών. Ειδικευμένοι νοσηλευτές στην Κοινωνική Νοσηλευτική προσδοκείται ότι θα εφαρμόσουν τη φιλοσοφία και την πρακτική της και στη δομή της οικογένειας για την προαγωγή της υγείας της. Ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας (ΠΟΥ) απεικονίζει χαρακτηριστικά τον ρόλο του Οικογενειακού Νοσηλευτή κάτω από την «ομπρέλα» της Δημόσιας Υγείας και της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας (Σχήμα 1.1), προτείνοντας μάλιστα συγκεκριμένο πρόγραμμα εκπαίδευσης για την απόκτηση της συγκεκριμένης ειδικότητας.



Σχήμα 1.1 Ο κεντρικός ρόλος του Οικογενειακού νοσηλευτή υπό το πλαίσιο της Δημόσιας Υγείας και της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας.

[Πηγή: World Health Organization. (2000). *The family health nurse: Context, conceptual framework and curriculum* (No. EUR/00/5019309/13). Copenhagen: WHO Regional Office for Europe]

Στη βιβλιογραφία για τη νοσηλευτική της οικογένειας επισημαίνονται 10 βασικές νοσηλευτικές παρεμβάσεις που αναδύονται/αναπτύσσονται μέσα από την αλληλεπίδραση του νοσηλευτή και των μελών της οικογένειας. Πιο συγκεκριμένα, αυτές είναι:

1. Η φροντίδα της οικογένειας από τον νοσηλευτή είναι μια εμπειρία/διαδικασία που αφορά και επηρεάζει όλη την οικογένεια, οπότε και πρέπει να ληφθούν υπόψη τόσο το παρελθόν της οικογένειας, η ιστορία της όσο και το μέλλον της.
2. Η οικογενειακή νοσηλευτική ενδιαφέρεται για την κοινότητα και το πολιτισμικό υπόβαθρο της ομάδας ή της οικογένειας. Η οικογένεια ενθαρρύνεται να αναζητήσει και να αξιοποιήσει τις υποστηρικτικές πηγές της κοινότητας.
3. Η οικογενειακή νοσηλευτική υποστηρίζει τις σχέσεις αλληλεπίδρασης μεταξύ των μελών της οικογένειας και αναγνωρίζει ότι τα μέλη της δεν μπορούν να πετύχουν ταυτόχρονα ένα υψηλό επίπεδο υγείας, διότι αυτό επιτυγχάνεται βαθμηδόν.
4. Η οικογενειακή νοσηλευτική ενδιαφέρεται για τις οικογένειες τόσο στην υγεία όσο και στην ασθένεια των μελών τους. Η υγεία της οικογένειας δεν είναι ανεξάρτητη από την υγεία ή την ασθένεια των μελών.
5. Η οικογενειακή νοσηλευτική ασχολείται με τα προβλήματα των μελών της οικογένειας ως οντότητας με βιολογική, ψυχολογική, κοινωνική και πνευματική υπόσταση. Οι οικογενειακοί νοσηλευτές αναγνωρίζουν τη στενή σχέση μεταξύ της υγείας των μελών και της υγείας της οικογένειας.
6. Το σύστημα της οικογένειας επηρεάζεται από οποιαδήποτε αλλαγή στα μέλη της. Η παροχή φροντίδας σε ένα μέλος για την υγεία ή την ασθένεια περιλαμβάνει ταυτόχρονα και την παροχή φροντίδας σε όλη την οικογένεια. Η ατομική υγεία των μελών και η συνολική υγεία της οικογένειας αλληλοεπηρεάζονται από κάθε νοσηλευτική παρέμβαση.
7. Ο νοσηλευτής αξιολογεί και παρεμβαίνει στο περιβάλλον για να βελτιώσει την αλληλεπίδρασή του με την οικογένεια.
8. Οι οικογενειακοί νοσηλευτές αναγνωρίζουν ότι οι ανάγκες του μέλους που χρειάζεται υποστήριξη μέσα στην οικογένεια μπορεί να αλλάζουν στον χρόνο, και συνεπώς οι νοσηλευτές ανακατευθύνουν την προσοχή τους ανάλογα κάθε φορά.
9. Η νοσηλευτική της οικογένειας εστιάζει στα δυνατά σημεία των μελών και της οικογένειας εν συνόλω για την προαγωγή της ωρίμασης, της υποστήριξης και της ανάπτυξής της.
10. Οι οικογενειακοί νοσηλευτές πρέπει να προσδιορίζουν μαζί με την οικογένεια τα μέλη που τη συνθέτουν και να καθορίζουν μαζί τους εκάστοτε θεραπευτικούς στόχους.

Οι ανωτέρω παρεμβάσεις συνοψίζονται στις 5 αρχές που διέπουν την άσκηση της νοσηλευτικής της οικογένειας, τις οποίες οι νοσηλευτές καλούνται να αναλογίζονται και να εφαρμόζουν σε κάθε προσέγγιση με την οικογένεια.

1. Λειτουργία με την οικογένεια σε πνεύμα ομαδικό, όπου ο νοσηλευτής αναλαμβάνει τον ρόλο του προπονητή. Ως εκ τούτου, ο νοσηλευτής οφείλει να εφαρμόζει τα ακόλουθα:
 - αποφυγή εστίασης στο άτομο/μέλος,
 - προσέγγιση της οικογένειας ως μονάδας, με τη δική της προσωπικότητα, ενδιαφέροντα και ανάγκες,
 - εμπλοκή όλης της οικογένειας στη σχέση αλληλεπίδρασης νοσηλευτή - οικογένειας,
 - ενθάρρυνση της συμμετοχής στην όλη διαδικασία όλων των μελών της οικογένειας.
2. Κατά την έναρξη της συνεργασίας ο νοσηλευτής οφείλει να προσδιορίσει του «πού» βρίσκεται η οικογένεια. Προκειμένου να επιτευχθεί αυτό, πρέπει ο νοσηλευτής να προβεί σε:
 - διερεύνηση του παρόντος επιπέδου λειτουργικότητας της οικογένειας και έναρξη της δράσης/παρέμβασης του από αυτό, και όχι από το ιδεατό επίπεδο.
 - διεξαγωγή της αξιολόγησης της οικογένειας διαπιστώνοντας τις ανάγκες του κάθε μέλους και το επίπεδο υγείας τους.
 - προσδιορισμό των ενδιαφερόντων, των ανησυχιών και των αναγκών της οικογένειας ως ομάδας.
3. Προσαρμογή των νοσηλευτικών παρεμβάσεων στο στάδιο ανάπτυξης της οικογένειας:
 - Προσδιορισμός του αναπτυξιακού σταδίου της οικογένειας, αξιολόγηση του επιπέδου λειτουργικότητας με βάση αυτό και σχεδιασμός των κατάλληλων παρεμβάσεων.

4. Αναγνώριση της σημασίας των μεταβλητών της δομής της οικογένειας. Ο νοσηλευτής οφείλει να θυμάται:
 - Ότι είναι φυσιολογικό για μια οικογένεια δεν είναι απαραίτητα φυσιολογικό και για τις άλλες οικογένειες. Κάθε οικογένεια απολαμβάνει μοναδικότητα στη δομή της, στους ρόλους και στις συμπεριφορές των μελών της και στη σύνθεσή της.
 - Η οικογένεια αλλάζει και τροποποιείται στον χρόνο και διέπεται από προσαρμοστικότητα.
5. Η επικέντρωση πρέπει να στοχεύει στα *δυνατά σημεία (strengths)* της οικογένειας:
 - Η επικέντρωση στα αρνητικά της οικογένειας δεν είναι θεραπευτική.
 - Η οικογένεια έχει ανάγκη ενίσχυσης των δυνατών της σημείων.
 - Η επικέντρωση στα δυνατά σημεία της οικογένειας κάνει τα μέλη της να αισθανθούν καλύτερα για/με τον εαυτό τους.
 - Ο νοσηλευτής συγκεντρώνει και υπογραμμίζει τα δυνατά σημεία για μια επιτυχημένη προσέγγιση της δύσκολης/αρνητικής κατάστασης.

Τα δυνατά σημεία της οικογένειας μπορούν να χρησιμοποιηθούν ως πηγές υποστήριξης στον σχεδιασμό των νοσηλευτικών παρεμβάσεων. Σχετίζονται με το κλίμα μέσα στην οικογένεια, την ευελιξία και προσαρμοστικότητά της, το εύρος της αυτονομίας των μελών, τις σχέσεις των μελών μεταξύ τους και με τα υπόλοιπα μέλη της κοινότητας και τις δεξιότητες επικοινωνίας. Τα δυνατά σημεία της οικογένειας περιλαμβάνουν:

- Δεξιότητες επικοινωνίας, όπως για παράδειγμα ικανότητα ακρόασης, ικανότητα συζήτησης των προβλημάτων/ενδιαφερόντων, ικανότητα ανοικτής και εις βάθος επικοινωνίας, συνεργατική λήψη αποφάσεων.
- Ικανότητα, ελευθερία, άνεση και ασφάλεια τα μέλη να μοιράζονται, για παράδειγμα, σκέψεις και απόψεις, να έχουν ελπίδα για τη θετική αλλαγή.
- Ενδοοικογενειακή υποστήριξη, όπως για παράδειγμα η ικανότητα ενδυνάμωσης μεταξύ των μελών, η ικανότητα δημιουργία κλίματος του «ανήκειν», αμοιβαίος σεβασμός της προσωπικότητας/ατομικότητας, ευελιξία στους ρόλους και στις λειτουργίες, υποστήριξη στις φυσικές, συναισθηματικές και πνευματικές ανάγκες.
- Ικανότητα αυτοφροντίδας, η οποία αφορά, για παράδειγμα, την ανάληψη ευθύνης για τα προβλήματα υγείας, επίδειξη και καλλιέργεια επιθυμίας αυτοφροντίδας, ενεργοποίηση ικανότητας αυτοβοήθειας αλλά και αποδοχής βοήθειας από άλλους.
- Δεξιότητες επίλυσης προβλημάτων, όπως ικανότητα διαπραγμάτευσης, ικανότητα εστίασης στο παρόν και όχι στο παρελθόν ή στις αποτυχίες, ικανότητα να μαθαίνουν τα μέλη από την καθημερινή τους ζωή, ευελιξία και ικανότητα αντιμετώπισης της κρίσης ως μέσου για βελτίωση και ανάπτυξη.

1.4.1 Προσεγγίσεις της οικογένειας στη νοσηλευτική της οικογένειας

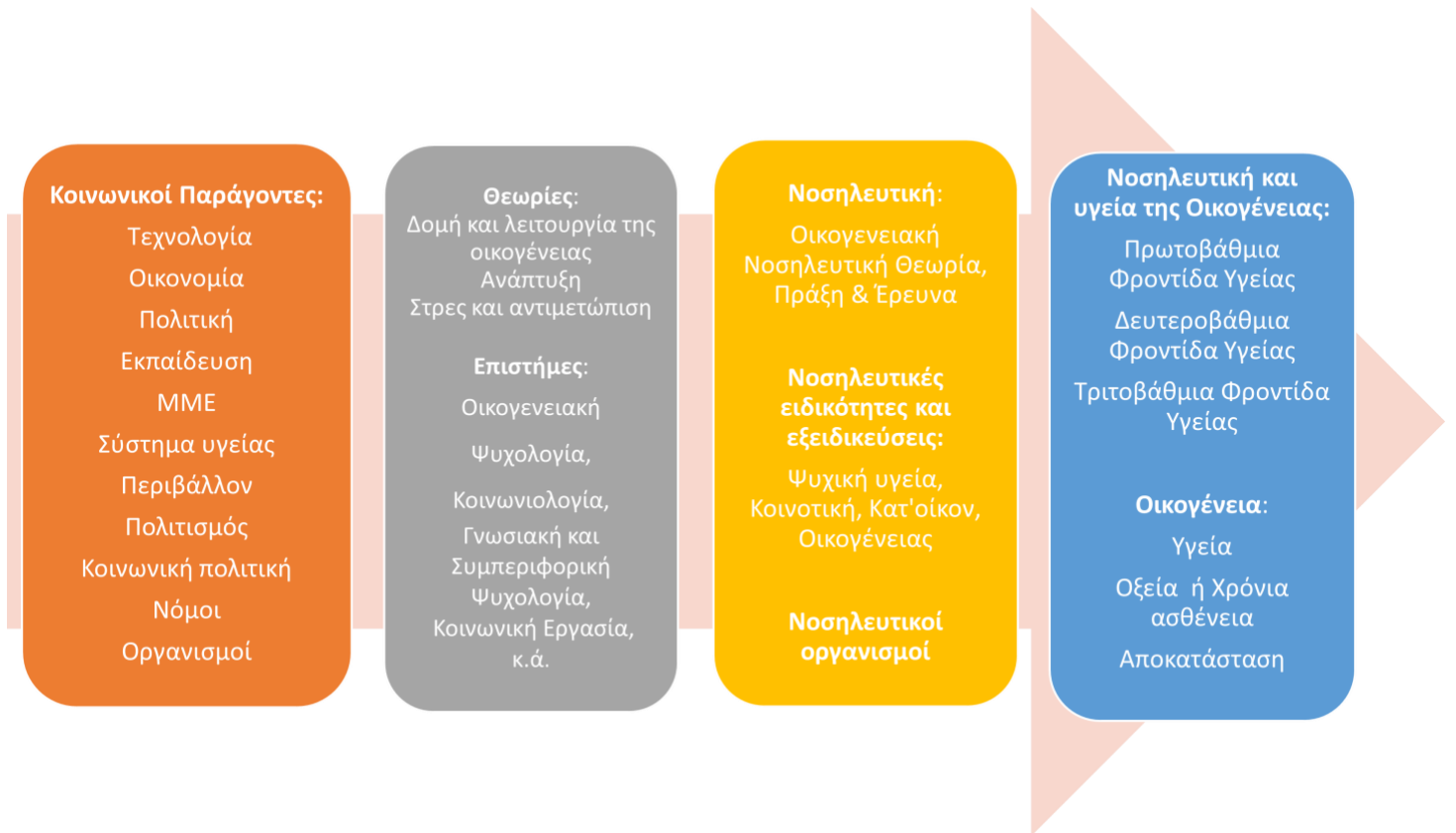
Η οικογένεια προσεγγίζεται στη νοσηλευτική της οικογένειας με τέσσερις διαφορετικές προσεγγίσεις:

- οικογένεια ως πλαίσιο ή δομή,
- οικογένεια ως πελάτης,
- οικογένεια ως σύστημα,
- οικογένεια ως θεσμός της κοινωνίας.

Κάθε προσέγγιση προέρχεται από διαφορετικές *Νοσηλευτικές Ειδικότητες* (νοσηλευτής πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας, ψυχιατρική νοσηλευτική, κοινοτική νοσηλευτική κ.ά.). Η προσέγγιση που υιοθετεί ο νοσηλευτής για τη φροντίδα της συγκεκριμένης οικογένειας εξαρτάται από πολλούς παράγοντες, όπως τις απόψεις των μελών της οικογένειας για την υγεία, την ασθένεια, τη φροντίδα της υγείας, τις υποστηρικτικές πηγές, την ίδια την οικογένεια, τον νοσηλευτή.

1.4.2 Μεταβλητές που επηρεάζουν την οικογενειακή νοσηλευτική

Η άσκηση της νοσηλευτικής της οικογένειας επηρεάζεται από παράγοντες που σχετίζονται με τους κοινωνικούς παράγοντες γενικότερα, το θεωρητικό πλαίσιο και την ίδια τη νοσηλευτική. Στο Σχήμα 1.2 φαίνονται αναλυτικά οι επιμέρους παράγοντες κάθε μεταβλητής που επηρεάζουν την άσκηση της νοσηλευτικής της οικογένειας.



Σχήμα 1.2 Μεταβλητές οι οποίες επηρεάζουν την άσκηση της Οικογενειακής Νοσηλευτικής.

1.4.3 Οι ρόλοι που αναλαμβάνει ο νοσηλευτής της οικογένειας

Η οικογένεια είναι η βασική μονάδα κάθε κοινωνίας, ενώ συγχρόνως διακρίνεται από πολυπλοκότητα, ποικιλομορφία, δυναμική στον χρόνο και ιδιαίτερη προσαρμοστικότητα. Κατά τη συνεργασία του νοσηλευτή με την οικογένεια και προκειμένου να διενεργήσει τις νοσηλευτικές παρεμβάσεις, ο νοσηλευτής καλείται να αναλάβει και να επιτελέσει πολλαπλούς ρόλους, όπως η διαχείριση της εκάστοτε περίπτωσης, η αξιολόγηση και τροποποίηση του περιβάλλοντος, η ανάπτυξη και χρήση των θεωριών που αφορούν τη νοσηλευτική της οικογένειας, ρόλο συνηγόρου της οικογένειας και ερευνητή, η ενδυνάμωση, η συμβουλευτική, η εκπαίδευση υγείας, ο συντονισμός της φροντίδας, η επιδημιολογική διερεύνηση, λειτουργεί ως πρόσωπο αναφοράς και ως πληρεξούσιος (Σχήμα 1.3).



Σχήμα 1.3 Ρόλοι που αναλαμβάνει ο οικογενειακός νοσηλευτής.

1.5 Κρίση στην οικογένεια

Η κρίση μέσα στην οικογένεια είναι το αποτέλεσμα ενός προβλήματος για το οποίο υπάρχει δυσκολία στην αποτελεσματική του επίλυση και αντιμετώπιση. Η οικογένεια βιώνει ανησυχία, ένταση, αποδιοργάνωση και συχνά χαρακτηρίζεται ως δυσλειτουργική.

Η οικογένεια, συνήθως, οδηγείται σε αδιέξοδο, και στη φάση αυτή θα πρέπει να συμβεί η εκτόνωση, η οποία θα προκαλέσει είτε την επίλυση του προβλήματος (ευεξία, ευημερία) είτε την κατάρρευση (βίαιη συμπεριφορά, απώλεια ευεξίας, ευημερίας) είτε την προσωρινή ανακούφιση από την ένταση (άρνηση του προβλήματος και εκλογίκευση, δηλαδή ασύνειδη απόδοση λογικοφανών ερμηνειών για συναισθήματα, επιθυμίες και συμπεριφορές).

Η αντίληψη της οικογένειας για το πρόβλημα, οι μηχανισμοί που χρησιμοποιεί η οικογένεια για την αντιμετώπιση των προβλημάτων της και η ύπαρξη ή η απουσία στήριξης από το στενό και ευρύτερο περιβάλλον είναι παράγοντες που την καθιστούν ευάλωτη στην εμφάνιση κρίσης.

Αιτίες πρόκλησης κρίσεων στην οικογένεια είναι η απώλεια ή η απειλή για μια απώλεια (π.χ. θάνατος, διαζύγιο), ο κίνδυνος ή η απειλή ενός κινδύνου (π.χ. ασθένεια, ατύχημα, φυσικές καταστροφές, πόλεμος, τρομοκρατία), οι σημαντικές αλλαγές (π.χ. απόκτηση παιδιού, σοβαρή ασθένεια, απόλυση από εργασία) και προβλήματα στη σχέση των μελών (π.χ. βία στην οικογένεια).

Οι επιβαρυντικοί παράγοντες για την εμφάνιση κρίσης σε μια οικογένεια μπορεί να είναι γενετικοί, βιολογικοί (π.χ. γήρανση, αναπηρία), ψυχολογικοί, κοινωνικοί (π.χ. έλλειψη υποστηρικτικών συστημάτων, όπως η εκκλησία, οι φίλοι κ.ά.), τρόπος ζωής (π.χ. κακή διατροφή, έλλειψη άσκησης), σύστημα υγείας (π.χ. δυσκολία στην πρόσβαση στις υπηρεσίες υγείας).

Οι κρίσεις στην οικογένεια διακρίνονται σε *κρίσεις ωρίμασης* και σε *κρίσεις έναντι μιας ορισμένης κατάστασης*. Πιο αναλυτικά:

- Οι *κρίσεις ωρίμασης* συμβαίνουν σε μεταβατικές περιόδους της ζωής των μελών της οικογένειας και του κύκλου ζωής της οικογένειας, όπως η εφηβεία, ο γάμος, η απόκτηση του πρώτου παιδιού, η πρώτη επαγγελματική απασχόληση. Θεωρούνται κατά κάποιον τρόπο «φυσιολογικές» και αναμενόμενες σε κάθε οικογένεια. Για τον λόγο αυτόν, εφόσον μπορούν να προβλεφθούν, είναι δυνατόν η οικογένεια εγκαίρως να προετοιμαστεί και να αναπτύξει τους απαιτούμενους μηχανισμούς ή τις μεθόδους αντιμετώπισής τους.
- Οι *κρίσεις εξαιτίας μιας ορισμένης κατάστασης* είναι απροσδόκητες και πιο σοβαρές ή πιο επικίνδυνες για τη λειτουργία του οικογενειακού συστήματος. Μια τέτοια κρίση μπορεί να προκληθεί από ένα γεγονός το οποίο είναι συνήθως ξαφνικό, όπως μια ασθένεια, ένα ατύχημα, ένας ξαφνικός θάνατος/απώλεια αγαπημένου προσώπου, μια φυσική καταστροφή κ.λπ. Τέτοιου είδους γεγονότα απειλούν τη βιολογική, ψυχολογική και/ή κοινωνική ενότητα της οικογένειας, παρεμποδίζουν την ολοκλήρωσή της και την οδηγούν σε αποδιοργάνωση με αυξημένα επίπεδα άγχους και έντασης μεταξύ των μελών.

Τον προσδιορισμό του είδους της κρίσης ακολουθεί η *παρέμβαση στην κρίση*, η οποία μπορεί να γίνει σε τρία στάδια, τα οποία αναλύονται παρακάτω:

- Στο 1ο στάδιο, η *εκτίμηση της κατάστασης της κρίσης*, περιλαμβάνει την εκτίμηση των γεγονότων που συνέβαλαν στην κρίση, την εκτίμηση της ψυχικής κατάστασης του ατόμου και της οικογένειας, τα διαθέσιμα αποθέματα, ψυχικά και κοινωνικά, των μελών και της οικογένειας συνολικά.
- Το 2ο στάδιο, η *παρέμβαση στην κρίση*, αφορά την παροχή πληροφοριών, την παροχή υποστήριξης και συμβουλευτικής και τον προσδιορισμό των εναλλακτικών τρόπων αντιμετώπισης της κρίσης και των βραχυπρόθεσμων τρόπων δράσης.
- Το 3ο στάδιο περιλαμβάνει την *αξιολόγηση των επιπτώσεων της κρίσης* στην οικογένεια και στα μέλη της και τον προγραμματισμό για το μέλλον.

1.5.1 Προσαρμογή της οικογένειας

Η σταθερότητα στην οικογένεια καλείται *ομοιόσταση*. Η ομοιόσταση δεν είναι μια στατική κατάσταση, αλλά μια κατάσταση σταθερότητας υπό το πλαίσιο των αλλαγών και της ανάπτυξης της οικογένειας. Το σύστημα της οικογένειας έχει την τάση να αντιστέκεται στην αλλαγή προκειμένου να διατηρήσει για μεγαλύτερο χρόνο την υπάρχουσα και εξυπηρετική του μορφή. Όταν οι εναλλακτικές επιλογές σε μια θετική ή αναγκαστική αλλαγή είναι πλέον ορατές, η οικογένεια τροποποιεί τα όρια αντίστασης και ενεργοποιεί τους μηχανισμούς αυτορρύθμισης για την προσαρμογή της στη νέα κατάσταση.

Η επίδραση των στρεσογόνων παραγόντων στην οικογένεια έχει ως αποτέλεσμα την κινητοποίηση των υποστηρικτικών πηγών και τη διαδικασία επίλυσης προβλημάτων. Η αδυναμία επίλυσης και προσαρμογής προκαλεί κρίση στην οικογένεια. Ως εκ τούτου, η *προσαρμογή της οικογένειας* αναφέρεται στην ικανότητα της οικογένειας και των μελών να τροποποιούν τη συμπεριφορά τους, μεταξύ τους και σε σχέση με το εξωτερικό περιβάλλον, και όπως οι καταστάσεις το απαιτούν. Σε απάντηση των εσωτερικών και εξωτερικών εισροών, η οικογένεια προσαρμόζεται αποδέχεται ή απορρίπτει τις εισροές πληροφοριών, ενέργειας, υπηρεσιών ή τροποποιεί τις εισροές ανάλογα με τις ανάγκες της.

Θυμηθείτε ότι

Στο πλαίσιο της άσκησης της νοσηλευτικής στην κοινότητα και στο σπίτι το πρώτο βήμα είναι ο νοσηλευτής να γνωρίσει την οικογένεια, δηλαδή τη δομή της, το στάδιο του κύκλου της ζωής της, τον τρόπο που επιτυγχάνονται οι λειτουργίες της κ.ά., και αφετέρου να εφαρμόσει τη φιλοσοφία και την πρακτική της νοσηλευτικής της οικογένειας, με πεδίο εφαρμογής το άτομο, την οικογένεια, την κοινότητα και σκοπό την πρόληψη, την προαγωγή, τη διατήρηση και αποκατάσταση της υγείας της οικογένειας.

Ξενόγλωσση Βιβλιογραφία

- Allander, J. A., & Walton-Spradley, B. (2005). *Community health nursing: promoting and protecting public's health*. 6th edition, Lippincott.
- Bell, J. M. (2013). Family nursing is more than family centered care. *Journal of Family Nursing*, 19(4), 411–417.
- Bell, J. M. (2014). Family centered care and family nursing: Three beliefs that matter most. *Pflege*, 27(4), 213-217.
- Coyne, E., Grafton, E., Reid, A., & Marshall, A. (2017). Understanding family assessment in the Australian context; what are adult oncology nursing practices? *Collegian*, 24(2), 175-182.
- Denham, S., Eggenberger, S., Young, P., & Krumwiede, N. (2015). *Family-focused nursing care*. Philadelphia, FA Davis Company.
- Drake, M. A. (2014). Theoretical basis for promoting family health. In J.A., Allender, C. Rector, & K. Warner (eds), *Community and public health nursing. Promoting public's health*. Philadelphia, Wolters Kluwer Health | Lippincott Williams & Wilkins (page 568-583).
- Friedman, M. (1998). *Family Nursing: research, theory and practice*. Stamford, Appleton & Lange.
- Hanson, S. M. H. (2005). Introduction of family health care nursing. In S.M.H., Hanson, V., Gedaly-Duff, J.R. & Kaakinen (eds), *Family health care nursing: theory, practice and research* (3rd ed.), Philadelphia, FA Davis Company.
- Kaakinen, J. R., Gedaly-Duff, V., Coehlo, D. P., & Hanson, S. M. H. (2010). *Family health care nursing: Theory, practice, and research*. Philadelphia, FA Davis.
- Lima-Rodríguez, J. S., Domínguez-Sánchez, I., & Lima-Serrano, M. (2021). Family and Social Variables Associated with Family Health. *Western Journal of Nursing Research*, 01939459211026384.
- Robotham, A. (2005). Skills in specialist community public health nursing -health visiting: working with individuals and families. In A. Robotham & M. Frost (eds), *Health visiting: specialist community public health nursing* (2nd edition), London, Elsevier (page 81-102).
- Shields, L. (2015). What is “family-centred care”? *European Journal for Person Centered Healthcare*, 3(2), 139-144.
- Smith, C. (2013). Multiproblem families. In F.A. Maurer & C. Smith (eds), *Community/Public health nursing practice*. St. Louis, Elsevier Inc. (page 372-391).
- Tilman, K. H., & Nam, C.G. (2008). Family structure outcomes of alternative family definitions. *Population Research and Policy Review*, 27, 267-84.
- Uniacke, S., Browne, T. K., & Shields, L. (2018). How should we understand family-centred care? *Journal of Child Health Care*, 22(3), 460-469.
- Woodman, J., Simon, A., Hauari, H., & Gilbert, R. (2020). A scoping review of ‘think-family’ approaches in healthcare settings. *Journal of Public Health*, 42(1), 21-37.
- World Health Organization. (2000). *The family health nurse: Context, conceptual framework and curriculum* (No. EUR/00/5019309/13). Copenhagen: WHO Regional Office for Europe.
- World Health Organization (WHO) (2008). The determinants of health. <https://www.who.int/news-room/q-a-detail/determinants-of-health> (Πρόσβαση 25/07/2021).
- Wright, L., & Leahey, M. (2013). *Nurses and families: a guide to family assessment and intervention*. Philadelphia, FA Davis Company.

Ελληνόγλωσση Βιβλιογραφία

- Anderson, D. G., & Fallin, A. (2016). Κίνδυνοι οικογενειακής υγείας. Στο M. Stanhope & J. Lancaster (eds), *Κοινωνική νοσηλευτική*. (2η ελληνική έκδοση). Επιμέλεια στην ελληνική Ζ. Ανδρουλάκη και συνεργάτες. Αθήνα, εκδ. Πασχαλίδης (σελ. 509-540).
- Cook-Siegrist, B., & Bragg-Underwood, T. (2019). Οικογενειακή Υγεία. Στο M. Nies & M. McEwe (eds), *Κοινωνική Νοσηλευτική: προάγοντας την υγεία των πληθυσμών*. Επιμέλεια στην ελληνική Α. Καυγά, Ε. Παπαγιαννοπούλου, Α. Τσαλογλίδου. Αθήνα, εκδ. Λαγός (σελ. 499-529).
- Kaakinen, J., Hanson, S., & Bisenbaun, L. (2006). Οικογενειακή ανάπτυξη και νοσηλευτική αξιολόγηση της οικογένειας. Στο M. Stanhope & J. Lancaster (eds), *Κοινωνική νοσηλευτική*. Επιμέλεια στην ελληνική Ε. Γκεσουλή-Βολτυράκη & Μ. Νούλα. Αθήνα, εκδ. Πασχαλίδης (σελ. 423-447).
- Καλοκαιρινού, Α., & Αδαμακίδου, Θ. (2014). *Κατ' οίκον νοσηλευτική φροντίδα, έννοιες, δεξιότητες, εφαρμογές*. Αθήνα, Εκδόσεις Βήτα.
- Καλοκαιρινού, Α., & Αθανασοπούλου, Μ. (2009). *Νοσηλευτική της Οικογένειας*. Αθήνα, Εκδόσεις Βήτα.
- Καλοκαιρινού, Α., & Σουρτζή, Π. (2005). *Κοινωνική Νοσηλευτική*. Αθήνα, Εκδόσεις Βήτα.
- Μαράτου-Αλιπραντή, Λ. (2010). Νέες μορφές οικογένειας. Τάσεις και εξελίξεις στη σύγχρονη Ελλάδα. *Εγκέφαλος*, 47(2), 55-66.
- Μουσούρου, Λ. Μ. (2005). *Οικογένεια και οικογενειακή πολιτική*. Αθήνα, εκδόσεις Gutenberg.
- Νόμος 4690/30-05-2020 Κύρωση: α) της από 13.4.2020 Π.Ν.Π. «Μέτρα για την αντιμετώπιση των συνεχιζόμενων συνεπειών της πανδημίας του κορωνοϊού COVID-19 και άλλες κατεπείγουσες διατάξεις» (Α' 84) και β) της από 1.5.2020 Π.Ν.Π. «Περαιτέρω μέτρα για την αντιμετώπιση των συνεχιζόμενων συνεπειών της πανδημίας του κορωνοϊού COVID-19 και την επάνοδο στην κοινωνική και οικονομική κανονικότητα» (Α' 90) και άλλες διατάξεις. άρθρο 58 «Σύσταση θέσεων ειδικευομένων νοσηλευτών -προϋποθέσεις απόκτησης νοσηλευτικής ειδικότητας και εξειδίκευσης.
- Πλακάς, Σ. (2021α). *Εφαρμογή εκπαιδευτικών στρατηγικών για την προαγωγή της υγείας και της ασφάλειας των ατόμων και των οικογενειών*. Στο Εκπαιδευτικό υλικό της Ενότητας 9 «Οικογενειακή Νοσηλευτική Φροντίδα» του Υπουργείου Υγείας για την Ειδικότητα της «Δημόσιας Υγείας και Κοινωνικής Νοσηλευτικής», Αθήνα, Υπουργείο Υγείας.
- Πλακάς, Σ. (2021β) *Προσέγγιση αξιολόγησης του οικογενειακού συστήματος ως ενός συνόλου εντός της κοινωνίας και ως συστήματος αλληλεπίδρασης*. Στο Εκπαιδευτικό υλικό της Ενότητας 9 «Οικογενειακή Νοσηλευτική Φροντίδα» του Υπουργείου Υγείας για την Ειδικότητα της «Δημόσιας Υγείας και Κοινωνικής Νοσηλευτικής», Αθήνα, Υπουργείο Υγείας.
- Rubenstein, C., Gross, M., Hulton, L., Strang, S., & Wasserbauer, L. (2016). Κίνδυνοι υγείας κατά τη διάρκεια της ζωής. Στο M. Stanhope & J. Lancaster (eds), *Κοινωνική νοσηλευτική*. (2η ελληνική έκδοση) Επιμέλεια στην ελληνική Ζ. Ανδρουλάκη και συνεργάτες. Αθήνα, εκδ. Πασχαλίδης (σελ. 541-578).
- Rowe, J., & Birenbaum, L. (2016). Οικογενειακή ανάπτυξη και νοσηλευτική αξιολόγηση της οικογένειας. Στο Stanhope, M. & Lancaster, J. *Κοινωνική νοσηλευτική*. 2η ελληνική έκδοση. Επιμέλεια στην ελληνική Ανδρουλάκη Ζ. και συνεργάτες. Αθήνα, εκδ. Πασχαλίδης (σελ. 483-507).

Χρήσιμο οπτικοακουστικό και έντυπο υλικό στο διαδίκτυο

<https://www.youtube.com/watch?v=p77hAblDXvU>

<https://www.youtube.com/watch?v=lcL1GoGZflQ>

Κριτήρια Αξιολόγησης

Κριτήριο Αξιολόγησης 1

Συζητήστε λειτουργίες της οικογένειας οι οποίες στο πέρασμα του χρόνου φαίνεται ότι έχουν τροποποιηθεί ή/και εξελιχθεί.

Απάντηση/Λύση

Η απάντηση προκύπτει με τη μελέτη της υποενότητας 1.3.2 για τις λειτουργίες της οικογένειας.

Κριτήριο Αξιολόγησης 2

Αναφέρετε χαρακτηριστικά μιας υγιούς οικογένειας και παραδείγματα από την καθημερινότητά σας.

Απάντηση/Λύση

Μερικά από τα χαρακτηριστικά της υγιούς οικογένειας περιγράφονται στην υποενότητα 1.3.1.

Κριτήριο Αξιολόγησης 3

Τι είναι η Οικογενειακή Νοσηλευτική; Ποιοι οι στόχοι της; Πού παρέχεται; Ποιες οι προϋποθέσεις για να ασκηθεί;

Απάντηση/Λύση

Η απάντηση προκύπτει με τη μελέτη της ενότητας 1.4, η οποία αναφέρεται στη Νοσηλευτική της Οικογένειας.

Κριτήριο Αξιολόγησης 4

Ποιοι παράγοντες μπορεί να επηρεάσουν την άσκηση της Νοσηλευτικής της Οικογένειας;

Απάντηση/Λύση

Είναι μια ερώτηση κρίσεως στην οποία οι εκπαιδευόμενοι καλούνται να συζητήσουν μαζί με τον καθηγητή τους τους παράγοντες τους οποίους μπορεί να επηρεάσουν την άσκηση της νοσηλευτικής της οικογένειας, τις προκλήσεις και τα εμπόδια για την άσκηση και την ανάπτυξή της. Χρήσιμη στη συζήτηση θα ήταν και η μελέτη του κεφαλαίου 10 “Προβληματισμοί και προκλήσεις για τη Νοσηλευτική της Οικογένειας”.

Κριτήριο Αξιολόγησης 5 – Μελέτη περίπτωσης

Η κ. Χ. επισκέφτηκε το Κέντρο Υγείας για τον εμβολιασμό του παιδιού της, αλλά δεν εμφανίστηκε στο επόμενο ραντεβού. Η κοινοτική νοσηλεύτρια προβληματίστηκε και έκανε μια κατ' οίκον επίσκεψη, δεδομένου ότι δεν μπόρεσε να επικοινωνήσει μαζί της τηλεφωνικά. Το σπίτι ήταν μικρό, ακατάστατο και βρόμικο, ενώ το μωρό έκλαιγε μέσα στο πάρκο του. Η σύζυγος έμοιαζε να μην ενδιαφέρεται για την επίσκεψη, φαινόταν να άκουγε ευγενικά, αλλά δεν έλεγε τίποτα. Ανέφερε κοφτά ότι όλα ήταν καλά και το μωρό ήταν καλά, αλλά τώρα έκλαιγε γιατί έβγαζε δόντια. Ο σύζυγος ήταν οδηγός σε φορτηγό και πέρασε για λίγο από το σπίτι. Τότε συζητήσαν οι τρεις τους πόσο ακριβή είναι η ζωή για να μεγαλώσεις παιδιά. Η νοσηλεύτρια επισήμανε ότι ο εμβολιασμός είναι δωρεάν στο Κέντρο Υγείας. Το ζευγάρι συμφώνησε, ο σύζυγος έφυγε, η νοσηλεύτρια συζήτησε με τη σύζυγο τη φροντίδα του μωρού και έφυγε.

** Το σενάριο αποτελεί προϊόν φαντασίας προσαρμοσμένο για εκπαιδευτικούς σκοπούς. Οποιαδήποτε ομοιότητα με υπαρκτά πρόσωπα και καταστάσεις είναι τυχαία. Το προαναφερθέν ισχύει για όλες τις μελέτες περίπτωσης που αναφέρονται στο παρόν σύγγραμμα.*

Από τις πληροφορίες που αναφέρονται στο σενάριο, συζητήστε για τη συγκεκριμένη οικογένεια:

1. Ποια είναι η δομή της οικογένειας, τουτέστιν μέλη, σχέσεις, αλληλεπίδραση μεταξύ των μελών και μεταξύ άλλων κοινωνικών συστημάτων;
2. Πώς φαίνεται να ικανοποιούνται οι λειτουργίες της οικογένειας;
3. Ποιες αλλαγές φαίνεται να έχει φέρει στα μέλη το στάδιο του κύκλου ζωής της συγκεκριμένης οικογένειας;
4. Λαμβάνοντας υπόψη τις πέντε βασικές αρχές που διέπουν την άσκηση της Νοσηλευτικής της Οικογένειας, προβληματιστείτε και συζητήστε τον τρόπο προσέγγισης της οικογένειας και τον σχεδιασμό του πλάνου φροντίδας.

Απάντηση/Λύση

Οι απαντήσεις στις ανωτέρω ερωτήσεις προκύπτουν από τη μελέτη του κεφαλαίου.

1. Ενδεικτικά μπορείτε να συζητήσετε για τις σχέσεις μητέρας - παιδιού, πατέρα - παιδιού, μητέρας - πατέρα, οικογένειας - υπηρεσιών υγείας.
2. Οι λειτουργίες που επιτελεί η οικογένεια περιλαμβάνουν την αναπαραγωγή/ανατροφή/διατήρηση της ζωής, την κοινωνικοποίηση, την οικονομική ενίσχυση (π.χ. διαχείριση χρημάτων, αποταμίευση), τη φροντίδα της υγείας (π.χ. συμπεριφορές υγείας, ανεπίσημη φροντίδα), τη μεταβίβαση κουλτούρας και θρησκευτικής πίστης και τη συναισθηματική λειτουργία (π.χ. αίσθημα του «ανήκειν», ταυτότητα, αμοιβαία φροντίδα) (Hanson, 2001). Συζητήστε για τις λειτουργίες που φαίνεται να επηρεάζονται στο συγκεκριμένο σενάριο.
3. Συζητήστε για τις αλλαγές που μπορεί να έχει φέρει η απόκτηση του παιδιού στη συγκεκριμένη οικογένεια.
4. Προγραμματισμένη συνάντηση στην οποία συμμετέχουν όλα τα μέλη της οικογένειας, προσδιορισμός από τον νοσηλευτή του ρόλου του και της αιτίας της συνάντησης / κατ' οίκον επίσκεψης. Προσδιορισμός από την οικογένεια των προβλημάτων που αντιμετωπίζει, της βοήθειας που τα μέλη της θα επιθυμούσαν από τον νοσηλευτή, σχεδιασμός πλάνου φροντίδας με παρεμβάσεις υποστήριξης, συμβουλευτικής, διασύνδεσης με άλλες υπηρεσίες, όπως συλλόγους, μη κυβερνητικές οργανώσεις, εκκλησία, κοινωνικές υπηρεσίες κ.ά.

Κριτήριο Αξιολόγησης 6

Αναστοχαστείτε τους ρόλους που αναλαμβάνει ο κοινοτικός νοσηλευτής στη φροντίδα της οικογένειας και δώστε παραδείγματα για καθέναν από αυτούς.

Απάντηση/Λύση

Παρακάτω δίνονται ενδεικτικά παραδείγματα για καθέναν από τους ρόλους που μπορεί να αναλάβει ο νοσηλευτής της οικογένειας. Είναι ενδεικτικά και η λίστα τους για κάθε ρόλο είναι αστείρευτη.

- Διαχείριση περίπτωσης (π.χ. διενέργεια παραπομπών, διασύνδεση με κατάλληλες υπηρεσίες για τη φροντίδα οικογένειας με σοβαρά οικονομικά προβλήματα εξαιτίας της διακοπής εργασίας του πατέρα, ο οποίος νοσεί από καρκίνο κ.ά.).
- Τροποποιητής του περιβάλλοντος (π.χ. αλλαγές στο περιβάλλον/διαρρύθμιση του σπιτιού για την επιστροφή του μέλους το οποίο τώρα χρησιμοποιεί αμαξίδιο για την αυτοφροντίδα του κ.ά.).
- Ανάπτυξη και χρήση θεωριών για τη νοσηλευτική της οικογένειας.
- Συνήγορος (π.χ. συμμετοχή στη λήψη αποφάσεων για την ανάπτυξη της κατ' οίκον νοσηλείας ως δικαιώματος των πολιτών για πρόσβαση σε αντίστοιχες υπηρεσίες).
- Ερευνητής (διεξαγωγή μελετών, επιδημιολογική επιτήρηση για τον COVID-19, αναζήτηση τρόπων για τη βοήθεια μιας οικογένειας κ.ά.).
- Εκπαίδευση υγείας (π.χ. διδασκαλία μελών οικογένειας για τη φροντίδα της τραχειοστομίας παιδιού με αναπνευστήρα στο σπίτι κ.ά.).
- Πρόσωπο αναφοράς (π.χ. ενημέρωση και καθοδήγηση της οικογένειας για τις επιλογές/εναλλακτικές στη φροντίδα της γιαγιάς με άνοια, όπως φροντίδα στο σπίτι, μονάδα φροντίδας ηλικιωμένων κ.ά.).
- Ενδυνάμωση (π.χ. ενδυνάμωση οικογενειακού φροντιστή στον ρόλο του για τη φροντίδα στο σπίτι της ηλικιωμένης μητέρας με σοβαρή νοητική έκπτωση).
- Συντονιστής φροντίδας (συντονισμός μελών ομάδας για την κατ' οίκον φροντίδα παιδιού με μηχανική αναπνοή στο σπίτι κ.ά.).
- Συμβουλευτική (π.χ. γονέων παιδιού με αυτισμό, ψυχικό νόσημα κ.ά.).
- Επιδημιολογική διερεύνηση (επιδημιολογική επιτήρηση για τον COVID-19 κ.ά.).
- Διευκρίνιση (π.χ. διευκρινίσεις και πληροφόρηση γονέων παιδιού με ανίατο νόσημα κ.ά.).

Workshop για τον κύκλο ζωής της οικογένειας.

Οι φοιτητές χωρίζονται σε 8 ομάδες, όσα είναι και τα στάδια του κύκλου ζωής της οικογένειας. Τα μέλη κάθε ομάδας αναλαμβάνουν να συζητήσουν και να καταγράψουν:

- α) τα βασικά χαρακτηριστικά κάθε σταδίου του κύκλου ζωής της οικογένειας.
- β) τα καθήκοντα της οικογένειας σε κάθε στάδιο,
- γ) τις αλληλεπιδράσεις μεταξύ των μελών της οικογένειας.

Εν συνεχεία, κάθε ομάδα παρουσιάζει στην ολομέλεια τις απαντήσεις της, οι οποίες συζητούνται και αναλύονται.

Απάντηση/Λύση

Τα στάδια του κύκλου της ζωής της οικογένειας περιγράφονται συνοπτικά στην ενότητα 1.3.5, η οποία θα αποτελέσει τη βάση για τη διεξαγωγή του Workshop.

Κεφάλαιο 2 Κατ' οίκον νοσηλευτική φροντίδα και οικογένεια

Σύνοψη

Στο πλαίσιο της εξοικείωσης του αναγνώστη νοσηλευτή με την κατ' οίκον φροντίδα υγείας, στο παρόν κεφάλαιο περιγράφονται εν συντομία βασικές έννοιες που σχετίζονται με την κατ' οίκον φροντίδα υγείας, καθώς και βασικές διαδικασίες οι οποίες λαμβάνουν χώρα στην κατ' οίκον επίσκεψη. Επίσης, παρουσιάζονται οι διαφορετικές προσεγγίσεις της οικογένειας από τον νοσηλευτή στο πλαίσιο της κατ' οίκον νοσηλευτικής φροντίδας.

Προαπαιτούμενη γνώση

Βασικές γνώσεις για την Κατ' οίκον Νοσηλευτική Φροντίδα. Παράλληλα με τη μελέτη του κεφαλαίου ο αναγνώστης προτρέπεται να ανατρέξει στο βιβλίο «Κατ' οίκον Νοσηλευτική Φροντίδα: έννοιες δεξιότητες, εφαρμογές» (Καλοκαιρινού & Αδαμακίδου, 2014) και να μελετήσει τα κεφάλαια που αφορούν τις ιδιαιτερότητες στην παροχή της κατ' οίκον νοσηλευτικής φροντίδας.

Γλωσσάριο επιστημονικών όρων

Ανεπίσημοι ή άτυποι φροντιστές	Κατ' οίκον νοσηλευτική φροντίδα
Αυτοδιαχείριση	Κατ' οίκον φροντίδα
Αυτοφροντίδα	Κατ' οίκον φροντίδα υγείας
Επίσημοι ή τυπικοί φροντιστές	Πρότυπα φροντίδας και άσκησης της
Κατ' οίκον βοήθεια	«κατ' οίκον νοσηλευτικής φροντίδας»
Κατ' οίκον επίσκεψη	Φροντίδα υγείας στο σπίτι

Εισαγωγή

Στην προσπάθεια να σκιαγραφηθούν οι συνθήκες που επηρεάζουν και αποτελούν προκλήσεις για τα συστήματα υγείας και οι οποίες θα πρέπει να αντιμετωπιστούν για να διασφαλιστεί η βιωσιμότητά τους, θα πρέπει να καταγραφούν, μεταξύ άλλων, η γήρανση του πληθυσμού παγκοσμίως με τη συνύπαρξη πολλαπλών γενεών ηλικιωμένων, η πίεση για τον έλεγχο του κόστους φροντίδας με παράλληλη την ανάγκη για βελτίωση της ποιότητας της παρεχόμενης φροντίδας υγείας, η καλύτερη διαχείριση των συμπτωμάτων και του τέλους της ζωής, τα θέματα ασφάλειας των ασθενών και πρόληψης των λαθών στην πολυπλοκότητα της φροντίδας υγείας, το ενδιαφέρον για την ανθρωποκεντρική φροντίδα η οποία θα διακρίνεται από συνέχεια και ολοκλήρωση, η εκτεταμένη και συχνά απαραίτητη και πλέον βοηθητική χρήση της τεχνολογίας στη φροντίδα υγείας, ο επαναπροσδιορισμός των ρόλων των νοσηλευτών, η συνθετότητα των προβλημάτων υγείας και η αναγκαιότητα διεπιστημονικής προσέγγισής τους, η φροντίδα των άτυπων φροντιστών, καθώς και πολλά άλλα. Οι ανωτέρω συνθήκες έχουν θέσει ως παγκόσμια προτεραιότητα τη στροφή προς την παροχή εξωνοσοκομειακών υπηρεσιών φροντίδας υγείας έναντι της ενδονοσοκομειακής φροντίδας, και τα συστήματα υγείας, προκειμένου να ανταποκριθούν στις «προκλήσεις των καιρών», προέβησαν σε μια στροφή προς την ανάπτυξη υπηρεσιών παροχής φροντίδας υγείας στην κοινότητα, και συγκεκριμένα στο σπίτι.

2.1 Εννοιολογικοί προσδιορισμοί

Η κατ' οίκον φροντίδα, η οποία μπορεί να θεωρηθεί ως η οποιαδήποτε φροντίδα παρέχεται στο σπίτι ενός ατόμου, ή γενικότερα αναφέρεται σε υπηρεσίες οι οποίες καθιστούν ικανά τα άτομα να ζουν στο περιβάλλον του σπιτιού τους, διακρίνεται στην *κατ' οίκον φροντίδα υγείας* ή *φροντίδα υγείας στο σπίτι* και στην *κατ' οίκον βοήθεια*. Η ουσιαστική διαφορά μεταξύ αυτών των δύο τύπων φροντίδας έγκειται αφενός στον πάροχο της φροντίδας, δηλαδή εξειδικευμένος επαγγελματίας ή άτυπος φροντιστής αντιστοίχως, και αφετέρου στις ανάγκες φροντίδας του ατόμου, δηλαδή αλλαγή τραύματος, συντροφιά κ.λπ. Η συνεργασία και διασύνδεση των δύο υπηρεσιών φροντίδας στο σπίτι έχει βρεθεί ότι βελτιώνει την ποιότητα και αποδοτικότητά τους αλλά και αυξάνει την ικανοποίηση των χρηστών.

Η κατ' οίκον φροντίδα υγείας έχει οριστεί ως «*το συστατικό μιας συνεχούς και ολοκληρωμένης φροντίδας υγείας, κατά την οποία οι υπηρεσίες υγείας μεταφέρονται στα άτομα και στην οικογένειά τους στον χώρο όπου ζουν, με αντικειμενικό σκοπό τη διατήρηση, την προαγωγή και την αποκατάσταση της υγείας τους, καθώς επίσης βοηθά τα νοσούντα άτομα να αυξήσουν το επίπεδο ανεξαρτησίας τους περιορίζοντας στο ελάχιστο τις δυσμενείς επιδράσεις της αναπηρίας ή της ασθένειας ή και του τελικού σταδίου της νόσου. Οι υπηρεσίες που ανταποκρίνονται στις ανάγκες του ασθενούς και της οικογένειάς του σχεδιάζονται, συντονίζονται και παρέχονται από τους επαγγελματίες υγείας στο Σπίτι*». Πιο αναλυτικά, οι υπηρεσίες αυτές χαρακτηρίζονται από την παροχή προηγμένης και ολιστικής φροντίδας υγείας στο σπίτι, τη συμμετοχή παρόχων διαφορετικών ειδικοτήτων, οι οποίοι απαρτίζουν τη διεπιστημονική ομάδα της υπηρεσίας που εκπροσωπούν, και την παροχή εξειδικευμένης και προηγμένης φροντίδας και υπηρεσιών, όπως υποστήριξης, προαγωγής υγείας, πρόληψης, νοσηλευτικής φροντίδας, ανακουφιστικής φροντίδας, φυσιοθεραπείας, ιατρικές κ.ά. Όλα τα προαναφερθέντα πραγματοποιούνται από εξειδικευμένους επαγγελματίες υγείας, τους *επίσημους ή τυπικούς φροντιστές (formal caregiver)*.

Από την άλλη, στην κατ' οίκον βοήθεια η φροντίδα περιορίζεται σε πρακτικές οικιακής και προσωπικής φροντίδας, δηλαδή βοήθεια στις σύνθετες δραστηριότητες της καθημερινής ζωής (Instrumental Activities of Daily Living – IADL), όπως ψώνια, μαγείρεμα, καθαριότητα σπιτιού, καθώς και κοινωνική φροντίδα / συνοδεία, συντροφικότητα κ.ά., καθώς και βοήθεια στις δραστηριότητες της καθημερινής ζωής (Activities of Daily Living – ADL), όπως μπάνιο, τουαλέτα, σίτιση, μετακίνηση και ντύσιμο. Η φροντίδα παρέχεται από τους λεγόμενους *άτυπους φροντιστές (informal caregiver)* και μη εξειδικευμένο προσωπικό, το οποίο μπορεί να διαθέτει ολιγόμηνη ή καμία εκπαίδευση για την παροχή της φροντίδας.

Η *κατ' οίκον νοσηλευτική φροντίδα*, που αποτελεί υποκατηγορία της κατ' οίκον φροντίδας υγείας, αφορά τη φροντίδα που παρέχεται από νοσηλευτές οι οποίοι ανήκουν είτε σε μια οργανωμένη δημόσια ή ιδιωτική υπηρεσία είτε λειτουργούν ως ιδιώτες και οι υπηρεσίες μπορούν να παρέχονται είτε υπό το πλαίσιο και τα οφέλη της ευρείας διεπιστημονικής ομάδας είτε υπό το πλαίσιο της στενής ομάδας, αποτελούμενης από τον ιατρό και τον νοσηλευτή. Οι χρήστες μπορεί να είναι άτομα όλων των ηλικιών, όπως βρέφη, παιδιά, ηλικιωμένοι κ.ά. και οι οικογένειές τους και να απολαμβάνουν φροντίδα υγείας για τη διατήρηση και την προαγωγή της υγείας τους, την αποκατάσταση από ένα χρόνιο ή μη πρόβλημα υγείας, την αύξηση του επιπέδου της ανεξαρτησίας τους ή, ακόμα, και την υποστήριξή τους στο τελικό στάδιο (Εικόνα 3.1).



Εικόνα 3.1 Βιβλία για την Κατ' οίκον Νοσηλευτική Φροντίδα και τη Νοσηλευτική της Οικογένειας.

2.2 Νέοι ρόλοι στην κατ' οίκον νοσηλευτική φροντίδα και στη φροντίδα υγείας στην κοινότητα

Το ίδιο το περιβάλλον του σπιτιού και της κοινότητας προϋποθέτει νέους ρόλους για όλους τους εμπλεκόμενους σε αυτό κατά την παροχή φροντίδας υγείας. Συγκεκριμένα, ο *χρήστης* γίνεται ο κύριος/βασικός φροντιστής του εαυτού του, καθώς αναλαμβάνει να παρέχει την υγεία στον εαυτό του, ενεργώντας για την προαγωγή της αυτοφροντίδας και της αυτοδιαχείρισης, γεγονός το οποίο προϋποθέτει ότι θα πρέπει να διαθέτει γνώσεις και δεξιότητες για να φέρει εις πέρας αυτήν την ευθύνη. Αυτό προσδιορίζει ταυτόχρονα και τους νέους *ρόλους των παρόχων*, των τυπικών φροντιστών, δηλαδή των επαγγελματιών υγείας, οι οποίοι εκτός από την παροχή άμεσης φροντίδας οφείλουν να γίνουν συνεργάτες και αρωγοί στον σχεδιασμό και στη διεξαγωγή της αυτοδιαχείρισης, δηλαδή να εκπαιδεύσουν σε δεξιότητες και να παρέχουν γνώσεις με κατάλληλο τρόπο στους χρήστες. Αυτές οι συνθήκες προσδιορίζουν και διαμορφώνουν παράλληλα τα είδη και τον *ρόλο των υπηρεσιών υγείας* σε ένα σύστημα υγείας, οι οποίες αυτές υπηρεσίες θα πρέπει να διαμορφωθούν με τρόπο τέτοιο ώστε να υποστηρίξουν οργανωτικά και οικονομικά τους νέους ρόλους των χρηστών και των παρόχων, προκειμένου να διασφαλίζεται σε κάθε περίπτωση η συνέχεια και ολοκλήρωση της φροντίδας.

Η αυτοφροντίδα ορίζεται ως «η ικανότητα της διεξαγωγής δραστηριοτήτων για την ικανοποίηση των προσωπικών αναγκών με σκοπό τη διατήρηση της υγείας και της ευεξίας (σωματικής, πνευματικής και ψυχικής)».

Orem, 2001

Η αυτοδιαχείριση αφορά την «ικανότητα του ατόμου να διαχειριστεί την ασθένειά του, τους ρόλους και τα συναισθήματά του για την κατάσταση της υγείας του».

Newman et al., 2004

Όσον αφορά τους ρόλους του νοσηλευτή στην κατ' οίκον φροντίδα υγείας επισημαίνεται στη βιβλιογραφία η ανάγκη για τη συγκέντρωση στο προφίλ του αφενός γνώσεων και δεξιοτήτων ενός κοινοτικού νοσηλευτή, σύμφωνα με τη φιλοσοφία της φροντίδας υγείας στην κοινότητα, και αφετέρου ενός νοσηλευτή ειδικότητας, όπως για παράδειγμα νοσηλευτή επειγόντων, νοσηλευτή ψυχικής υγείας, νοσηλευτή χειρουργικής και παθολογικής ειδικότητας κ.ά., σύμφωνα με τα συγκεκριμένα πρότυπα φροντίδας. Τα πρότυπα φροντίδας και άσκησης της κατ' οίκον νοσηλευτικής φροντίδας παρουσιάζονται στον Πίνακα 2.1 επιγραμματικά, όπως αυτά

δημοσιεύθηκαν από τον American Nurses Association (ANA, 2014). Τα συγκεκριμένα πρότυπα φροντίδας ενέπνευσαν μια ομάδα εργασίας ακαδημαϊκών και κλινικών νοσηλευτών που ειδικεύονται στην κατ' οίκον νοσηλευτική για την ανάπτυξη των διεθνών κατευθυντήριων οδηγιών όσον αφορά την κατ' οίκον νοσηλευτική φροντίδα. Η ομάδα ειδικών κατέληξε και επισήμανε ότι δεν πρόκειται για «πρότυπα φροντίδας» που οι νοσηλευτές πρέπει να ακολουθούν, αλλά πρόκειται για «στόχους» που οι νοσηλευτές οφείλουν να επιδιώκουν στην καθημερινή τους πρακτική και προσπάθεια για τη βελτίωση της παρεχόμενης φροντίδας.

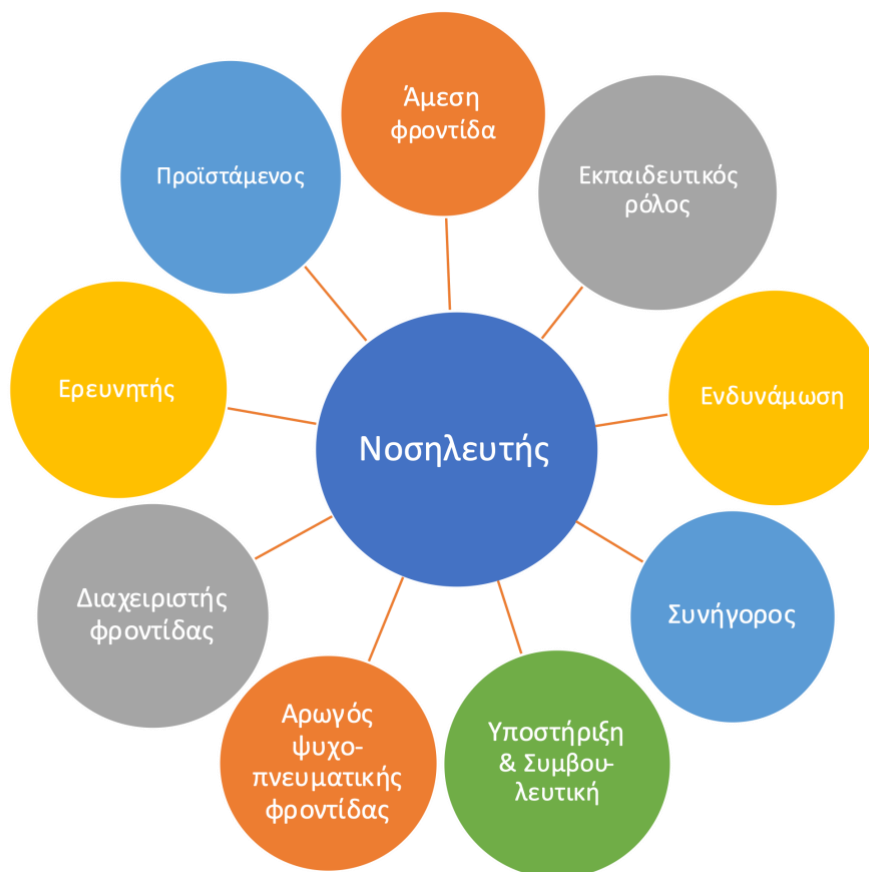
Πίνακας 2.1 Πρότυπα φροντίδας και άσκησης της κατ' οίκον νοσηλευτικής φροντίδας.

Πρότυπα φροντίδας	Πρότυπα Άσκησης της Νοσηλευτικής
<ol style="list-style-type: none"> 1. Αξιολόγηση 2. Διάγνωση 3. Προσδιορισμός εκβάσεων 4. Σχεδιασμός 5. Εφαρμογή <ul style="list-style-type: none"> • Συντονισμός της φροντίδας • Αγωγή και Προαγωγή της Υγείας • Συμβουλευτική • Συνταγογράφηση σύμφωνα με την κείμενη νομοθεσία (φάρμακα, διαδικασίες, παραπομπές, θεραπείες) 6. Εκτίμηση 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Ηθική 2. Εκπαίδευση 3. Επιστημονικά τεκμηριωμένη πρακτική και έρευνα 4. Ποιότητα φροντίδας 5. Επικοινωνία 6. Ηγεσία 7. Συνεργασία 8. Εκτίμηση επαγγελματικής πρακτικής 9. Αξιοποίηση πόρων 10. Επαγγελματική υγεία 11. Πολιτισμική επάρκεια (προστέθηκε πρόσφατα στις κατευθυντήριες οδηγίες)

Υπό το συγκεκριμένο πλαίσιο προτύπων φροντίδας και διεθνών κατευθυντήριων οδηγιών, οι νοσηλευτές στην κατ' οίκον νοσηλευτική φροντίδα αναλαμβάνουν μια ποικιλία διαφορετικών ρόλων κατά την παροχή φροντίδας του ασθενή, του φροντιστή και της οικογένειας, και συγκεκριμένα, όπως μπορούμε να δούμε και παρακάτω στο Σχήμα 2.1:

- Άμεση παροχή φροντίδας: αλλαγές τραυμάτων, καθετήρων, αξιολόγηση ζωτικών σημείων, ειδικός εξοπλισμός, ατομική υγιεινή κ.ά.
- Εκπαιδευτικός ρόλος: διδασκαλία γνώσεων και εκπαίδευση σε δεξιότητες σε ασθενή, οικογένεια, φροντιστή για την προαγωγή της αυτοφροντίδας.
- Ενδυνάμωση: υποστήριξη στη λήψη αποφάσεων μέσα από παρεμβάσεις ενημέρωσης, απόκτησης ελέγχου και συνεργασίας.
- Συνήγορος του ασθενούς/φροντιστή/οικογένειας: υπεράσπιση των δικαιωμάτων, προάσπιση των ανάλογων συμφερόντων.
- Υποστήριξη και συμβουλευτική: αναγνώριση προβλήματος, αναγνώριση συστημάτων υποστήριξης κ.ά.
- Διαχειριστής και συντονιστής της φροντίδας (case manager): συντονισμός της φροντίδας για τη βελτίωση της ποιότητάς της με το χαμηλότερο κόστος.
- Αρωγός της ψυχοπνευματικής φροντίδας και υποστήριξης προκειμένου για τη βελτίωση της ποιότητας ζωής.
- Ερευνητής νοσηλευτής: διενέργεια μελετών για την προαγωγής της πρακτικής βασισμένης σε ενδείξεις.
- Προϊστάμενος: διοικητικά και συντονιστικά καθήκοντα όσον αφορά τη φροντίδα και τη λειτουργία της υπηρεσίας.

Επισημαίνεται στη βιβλιογραφία η ανάγκη επάρκειας του νοσηλευτή σε κλινική εμπειρία, δεξιότητες και γνώσεις για την εργασία/άσκηση της κατ' οίκον νοσηλευτικής φροντίδας. Για τον λόγο αυτόν, προαπαιτούνται, πέραν της βασικής εκπαίδευσης στη νοσηλευτική, κλινική εμπειρία 3-5 ετών, καθώς και μετεκπαίδευση σε επίπεδο μεταπτυχιακού ή προγραμμάτων μετεκπαίδευσης.



Σχήμα 2.1 Οι ρόλοι του νοσηλευτή στην παροχή κατ' οίκον φροντίδας υγείας.

2.3 Η κατ' οίκον επίσκεψη

Η κατ' οίκον επίσκεψη διενεργείται από εκπαιδευμένους επαγγελματίες υγείας οι οποίοι επισκέπτονται τους χρήστες στο σπίτι τους για να αξιολογήσουν την κατάσταση της υγείας, του σπιτιού, του περιβάλλοντος και της οικογένειας με σκοπό να παρέχουν την κατάλληλη φροντίδα υγείας και κοινωνική φροντίδα. Δίνει την ευκαιρία για περισσότερο αξιόπιστη αξιολόγηση της οικογένειας ως ενιαίου συνόλου, των μελών της μεμονωμένα και των συμπεριφορών τους μέσα στο οικείο περιβάλλον του σπιτιού τους. Το νόημα της κατ' οίκον επίσκεψης επιγραμματικά, αλλά πολύ εστιασμένα, περιγράφεται στο ακρωνύμιο HOMEVISIT (Marrelli, 2012), όπως φαίνεται στον Πίνακα 2.2.

Η διαδικασία της επίσκεψης στο σπίτι περιλαμβάνει την προετοιμασία για την επίσκεψη, την κατ' οίκον επίσκεψη και την αποχώρηση από το σπίτι και τον σχεδιασμό της επόμενης επίσκεψης. Στην προετοιμασία για την κατ' οίκον επίσκεψη ο νοσηλευτής προετοιμάζεται για την επίσκεψη και, συγκεκριμένα, προβαίνει στις ακόλουθες ενέργειες:

- Ελέγχει τις ιατρικές οδηγίες για τον λόγο της επίσκεψης.
- Λαμβάνει έγκριση για τη διεξαγωγή της από τον χρήστη/οικογένεια.
- Τηλεφωνεί και προσδιορίζει την ημέρα και την ώρα της κατ' οίκον επίσκεψης.
- Συγκεντρώνει όσες περισσότερες πληροφορίες μπορεί για τον ασθενή και την κατάστασή του.
- Προετοιμάζει και συγκεντρώνει τον εξοπλισμό που θα χρειαστεί για την επίσκεψη.
- Χαρτογραφεί/Γνωρίζει την κοινότητα, δηλαδή λαμβάνει πληροφορίες για την ίδια την οικογένεια, τη γειτονιά, τις υποστηρικτικές πηγές της κοινότητας.

Στη φάση της επίσκεψης ο νοσηλευτής, όπως ακριβώς στη νοσηλευτική διεργασία:

- Αξιολογεί όλα τα δεδομένα (συνέντευξη, ιστορικό, φυσική αξιολόγηση φυσικής κατάστασης, οικογενειακό/κοινωνικό περιβάλλον, φαρμακευτική αγωγή, διατροφή, ψυχική, πνευματική, κοινωνική κατάσταση κ.ά.).

- Διατυπώνει τον σκοπό και προσδιορίζει τις εκβάσεις.
- Σχεδιάζει και εφαρμόζει ένα ρεαλιστικό πλάνο φροντίδας.
- Εκτιμά τα αποτελέσματα των παρεμβάσεων του με βάση τον σκοπό και τις εκβάσεις και ανατροφοδοτεί το πλάνο φροντίδας.

Στη φάση της επίσκεψης ο νοσηλευτής διερευνά ποια άλλα μέλη της διεπιστημονικής ομάδας θα μπορούσαν να παρέχουν εξειδικευμένες υπηρεσίες (κατ' οίκον βοήθεια, φυσιοθεραπευτής, ιατρός, κοινωνικός λειτουργός κ.ά.) για τον συγκεκριμένο χρήστη, οικογένεια. Στον Πίνακα 2.3 παρουσιάζονται κάποια σημεία-κλειδιά για μια επιτυχημένη κατ' οίκον επίσκεψη.

Πίνακας 2.2 Ανάλυση του ακρωνύμιου *HOMEVISIT*.

H Holistic	Ολιστική, εξατομικευμένη και διεπιστημονική προσέγγιση
O Objectives	Καταγραφή και τεκμηρίωση
M Medications	Διαχείριση και εκπαίδευση στη φαρμακευτική αγωγή
E Environment	Περιβάλλον (σπίτι, γειτονιά, περιοχή), ασφάλεια περιβάλλοντος
V Visits	Επίσκεψη
I Interventions	Παρεμβάσεις των μελών της διεπιστημονικής ομάδας
S Standards	Πρότυπα, κανόνες, νόμοι
I Instrumental	Δραστηριότητες καθημερινή ζωής και σύνθετες δραστηριότητες της καθημερινής ζωής
T Teaching	Διδασκαλία και εκπαίδευση

Πίνακας 2.3 *Tips για μια αποτελεσματική κατ' οίκον επίσκεψη.*

- Προβληματισμός: ποια η αξία / ο λόγος / η αιτία της επίσκεψης;
- Προσδιορίζετε τις προσδοκίες και τον σκοπό του χρήστη από την επίσκεψη και τη φροντίδα.
- Σχεδιάζετε ένα πλάνο για τη συγκεκριμένη επίσκεψη.
- Ακολουθείτε τους κανόνες υγιεινής με την είσοδο στο σπίτι και κατά την παραμονή σε αυτό.
- Προσδιορίζετε τις δεξιότητες που θα χρειαστείτε για τη συγκεκριμένη επίσκεψη.
- Εφαρμόζετε κλινικά πρωτόκολλα και οδηγίες, όπως τεχνική διαχείρισης του υλικού της τσάντας εργασίας, πρόληψης μετάδοσης λοιμώξεων κ.ά.
- Ολοκληρώνετε την αξιολόγησή σας πριν από κάθε είδος φροντίδας (π.χ. φροντίδα τραύματος, εκπαίδευση κ.ά.).
- Χρησιμοποιείτε ανοικτού τύπου ερωτήσεις.
- Διαθέτετε χρόνο στον ασθενή και στην οικογένεια να διατυπώσουν ερωτήσεις.
- Διενεργείτε εις βάθος αξιολόγηση των προβλημάτων (π.χ. πόνος).
- Προσδιορίζετε άλλα μέλη της ομάδας τα οποία θα μπορούσαν να εμπλακούν στη φροντίδα.
- Επί αμφιβολιών στο πλάνο φροντίδας, επικοινωνείτε με τον προϊστάμενό σας ή άλλα μέλη της ομάδας (π.χ. ιατρός).
- Υπενθυμίζετε την επόμενη επίσκεψη ή τα επόμενα ραντεβού και διερευνάτε τον τρόπο μετακίνησης του ασθενούς σε αυτά, εφόσον χρειάζεται μετακίνηση.
- Καταγράφετε τη νοσηλευτική φροντίδα κατά τη διάρκεια της επίσκεψης στο σπίτι, εάν αυτό είναι εφικτό.
- Στην τελευταία επίσκεψη, έξοδος από το πρόγραμμα, διερευνήστε την ετοιμότητα του ατόμου/οικογένειας για την έξοδο από το πρόγραμμα και παρέχετε διαβεβαίωση σχετικά με τη δυνατότητα επανένταξης ή συμβουλευτικής επικοινωνίας όταν χρειαστεί.

Στη φάση της αποχώρησης από το σπίτι και του σχεδιασμού της επόμενης επίσκεψης ο νοσηλευτής:

- εξετάζει προσεκτικά όλα τα δεδομένα που έλαβε κατά την επίσκεψη,
- καταγράφει τη νοσηλευτική φροντίδα και τις παρεμβάσεις του,
- αναπτύσσει το πλάνο φροντίδας και τους στόχους της επόμενης επίσκεψης,
- διερευνά τη συνέχεια του πλάνου φροντίδας σύμφωνα με τις ανάγκες και τις ιατρικές οδηγίες,
- σε περίπτωση δύσκολων καταστάσεων, τις συζητά με τον προϊστάμενό του,
- επιδιώκει τον συντονισμό των ενεργειών και επισκέψεων σε περίπτωση που εμπλέκονται και άλλα μέλη της ομάδας.

2.4 Κατ' οίκον νοσηλευτική φροντίδα και οικογένεια

Εξ ορισμού της η κατ' οίκον φροντίδα υγείας περιλαμβάνει την παροχή φροντίδας στην οικογένεια. Η τελευταία μπορεί να προσεγγιστεί πολυδιάστατα και συγκεκριμένα:

Η οικογένεια ως πλαίσιο ή δομή. Στην περίπτωση αυτήν το άτομο, μέλος της οικογένειας είναι στο επίκεντρο και η οικογένεια πλαισιώνει το άτομο αποτελώντας έναν παράγοντα άγχους ή έναν υποστηρικτικό πόρο για αυτό. Ένα παράδειγμα αποτελεί η κατ' οίκον επίσκεψη η οποία εστιάζει στην αξιολόγηση της κατάστασης του ηλικιωμένου που φιλοξενείται στο σπίτι (επίκεντρο της επίσκεψης), και φυσικά ο νοσηλευτής θα ασχοληθεί και με τις συνέπειες της φροντίδας του ηλικιωμένου στην οικογένεια και τον άτυπο φροντιστή.

Η οικογένεια ως πελάτης. Στην περίπτωση αυτή η οικογένεια βρίσκεται στο επίκεντρο και αντιμετωπίζεται ως άθροισμα των μελών της. Ένα παράδειγμα αυτής της προσέγγισης αποτελεί η κατ' οίκον επίσκεψη η οποία διενεργείται για να βοηθήσει τον οικογενειακό φροντιστή και τα άλλα μέλη της οικογένειας να διαχειριστούν και να αντιμετωπίσουν π.χ. τις συνέπειες της φροντίδας του ηλικιωμένου μέλους με άνοια που φιλοξενούν στο σπίτι τους. Αξιολογούνται οι απαιτήσεις της φροντίδας, οι γνώσεις του φροντιστή, οι δεξιότητές του, η κατάσταση της υγείας του, οι οικογενειακοί ρόλοι, το διαθέσιμο δίκτυο υποστήριξης.

Η οικογένεια ως σύστημα. Στην περίπτωση αυτήν η οικογένεια θεωρείται σύστημα αλληλεπίδρασης, το οποίο είναι ευρύτερο από το άθροισμα των μελών της. Προσεγγίζονται τόσο τα μέλη ξεχωριστά όσο και η οικογένεια συνολικά. Ένα παράδειγμα αυτής της προσέγγισης αποτελεί η κατ' οίκον επίσκεψη η οποία εστιάζει στη διαχείριση και την αντιμετώπιση της κρίσης που δημιουργεί στην οικογένεια π.χ. η απώλεια ενός παιδιού και αδερφού εξαιτίας χρόνιου απειλητικού νοσήματος για τη ζωή. Διερευνώνται τόσο οι συνέπειες της απώλειας σε κάθε μέλος χωριστά (πατέρας, μητέρα, αδέρφια κ.ά.) όσο και η επίδρασή της στην οικογένεια ως συνόλου (καθημερινότητα, ρόλοι, σχέσεις, λειτουργίες κ.ά.) υπό το πρίσμα της ανακουφιστικής φιλοσοφίας και φροντίδας.

Η οικογένεια ως ένα συστατικό της κοινωνίας. Στην περίπτωση αυτήν η οικογένεια αποτελεί έναν από τους πολλούς θεσμούς της κοινωνίας (σχολείο, εκκλησία, υπηρεσίες υγείας κ.ά.) και αλληλεπιδρά με αυτούς. Ένα παράδειγμα αυτής της προσέγγισης αποτελεί η κατ' οίκον επίσκεψη η οποία διενεργείται σε μια οικογένεια μιας κοινότητας μειονοτήτων, για την ευαισθητοποίησή τους στη χρήση των υπηρεσιών υγείας.

Συνεπώς, άλλοτε η οικογένεια προσεγγίζεται έμμεσα μέσα από τα μέλη της και άλλοτε άμεσα, ως σύστημα. Σε κάθε περίπτωση, ασθενής, φροντιστής και οικογένεια γίνονται αποδέκτες της φροντίδας υγείας στο σπίτι.

Θυμηθείτε ότι:

- Η παροχή φροντίδας υγείας στο σπίτι και στην κοινότητα προϋποθέτει νέους ρόλους για όλους τους εμπλεκόμενους σε αυτή, δηλαδή τους χρήστες, τους ανεπίσημους φροντιστές, τους επίσημους φροντιστές ή επαγγελματίες υγείας και τις υπηρεσίες υγείας.
- Η κατ' οίκον επίσκεψη ακολουθεί κάποια στάδια με συγκεκριμένες ενέργειες που διενεργούνται σε καθένα από αυτά.
- Καλά σχεδιασμένες επισκέψεις στο σπίτι μπορούν να συμβάλλουν στην αποτελεσματική διαχείριση των προβλημάτων των ατόμων, ασθενών, φροντιστών και οικογενειών προάγοντας της υγεία τους.

Ξενόγλωσση Βιβλιογραφία

- Adamakidou, T., & Kalokerinou, A. (2016). Home health nursing care services in Greece during an economic crisis. *International Nursing Review*, 64(1), 126-134.
- Adamakidou, T., Triantafyllopoulou, N., Feleki, P., Papadopoulou, A., & Kalokairinou, A. (2020). Clinical and epidemiological profile of patients and sociodemographic profile of caregivers and volunteers from the Greek home health care. *International Journal of Caring Sciences*, 13(9), 1807-1817.
- Adamakidou, T., Triantafyllopoulou, M. N., Feleki, P., Papadopoulou, L., & Kalokairinou, A. (2020). Team Members' Roles in Home Healthcare: Evidence From the “ΑΚΕΣΩ—1” Project in Greece. *Home Healthcare Now*, 38(6), 318-326.
- Adamakidou, T. (2021). A Day in a life of home healthcare nurse through on PhD student’s eyes. *Home Healthcare Now*, 39(1):54.
- American Nurses Association (ANA) (2008). *Home health nursing: scope and standards of practice*. ANA, Silver Spring, MD: nursesbooks.org (pp. 4-7, 21-51).
- Evashwick, C. J. (2004). *The Continuum of Long-Term Care*. 3rd Edition. NY, Thomson Delmar Learning.
- Genet, N., Boerma, W., Kroneman, M., Hutchinson, A., Saltman, R. B., & World Health Organization. (2012). *Home care across Europe: current structure and future challenges*. UK: World Health Organization. Regional Office for Europe.
- Marrelli, T. M. (2012). *Home health standards: quality, documentation and reimbursement* (5th edition). Missouri, Elsevier (pp. 2-74).
- Marrelli, T. M. (2012). *Home health standards: quality, documentation and reimbursement* (5th edition), Missouri, Elsevier (pp. 75-127).
- Marrelli, T. M. (2017). *Home care nursing*. Indianapolis, Sigma Theta Tau International.
- Martinson, I., Windmer, A., & Portillo, C. (2002). *Home health care Nursing*. Philadelphia, WB Saunders Company.
- Mosby (1995). *Home health nursing pocket consultant*. St. Louis, Mosby Year Book.
- Narayan, M., Farris, C., Harris, M. D., & Hiong, F. Y. (2017). Development of the International Guidelines for Home Health Nursing. *Home Healthcare Now*, 35(9), 494-506.
- Narayan, M. C. (2022). What Constitutes Patient-Centered Care in Home Care? A Descriptive Study of Home Health Nurses' Attitudes, Knowledge, and Skills. *Home Healthcare Now*, 40(6), 317-329.
- National Academy Press (NAP) (2011). *Health care comes home. The human factors*. NAP, Washington.
- Newman, S., Steed, L., & Mulligan, K. (2004). Self-management interventions for chronic illness. *Lancet* 364: 1523-37.
- Orem, D. E. (2001). *Nursing concepts of practice* (6th ed.). St. Louis, MO: C. V. Mosby.

Ελληνόγλωσση Βιβλιογραφία

- Αδαμακίδου, Θ., & Καλοκαιρινού, Α. (2007). Η κατ' οίκον νοσηλευτική φροντίδα σε διαφορετικά συστήματα υγείας. *Νοσηλευτική*, 46(4), 501-513.
- Αδαμακίδου, Θ. (2012). *Εργασία με δίκτυα στην κοινότητα – Νέες υπηρεσίες στην κοινότητα*. Κατάρτιση νοσηλευτών της 1ης, 2ης & 6ης υγειονομικής περιφέρειας στον σχεδιασμό και την οργάνωση προγραμμάτων πρόληψης και προαγωγής της υγείας στα πλαίσια της πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας. Αθήνα: ΕΝΕ & ΚΕΚ Δήμητρα.
- Αδαμακίδου, Θ., Σταθάτος, Μ., & Καλοκαιρινού, Α. (2015). Νοσοκομειακή περίθαλψη στο Σπίτι: ένα νέο μοντέλο υψηλού επιπέδου κλινικής διαχείρισης ασθενών στην κοινότητα. *Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής* 32(2), 49-157.
- Αδαμακίδου, Θ., & Καλοκαιρινού, Α. (2020). Το παρόν και το μέλλον της Κατ' οίκον Νοσηλευτικής Φροντίδας στην Ελλάδα. *Ελληνικό Περιοδικό της Νοσηλευτικής Επιστήμης*, 13(3), 3-5.
- Αδαμακίδου, Θ., Κλεισιάρης, Χ., & Μειμέτη, Ε. (2021). *Πολιτική και φιλοσοφία της νοσηλευτικής φροντίδας στο σπίτι*. Στο Εκπαιδευτικό υλικό της Ενότητας 11 «Κατ' οίκον Νοσηλευτική» του Υπουργείου Υγείας για την Ειδικότητα της «Δημόσιας Υγείας / Κοινωνικής Νοσηλευτικής», Αθήνα, Υπουργείο Υγείας.
- Καλοκαιρινού, Α., & Αδαμακίδου, Θ. (2014). *Κατ' οίκον νοσηλευτική φροντίδα: έννοιες, δεξιότητες, εφαρμογές*. Αθήνα: Εκδόσεις Βήτα.
- Καλοκαιρινού-Αναγνωστοπούλου Α., & Σουρτζή Π. (2005). *Κοινωνική Νοσηλευτική*. Αθήνα, Εκδόσεις Βήτα.
- Καλοκαιρινού, Α., Αδαμακίδου, Θ., Βελονάκη, Β., Βιβιλάκη, Β., Καπρέλη, Ε., Κριεμπάρδης, Α., Λάγιου, Α., Λιονής, Χ., Μαρκάκη, Α., Μποδοσάκης, Π., Παπαδακάκη, Μ., & Σακελλάρη, Ε. (2015). *Εφαρμογές καλών πρακτικών ομάδας πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας* [Εργαστηριακός Οδηγός]. Κάλυπος, Ανοικτές Ακαδημαϊκές Εκδόσεις, <https://hdl.handle.net/11419/3301>
- Κλεισιάρης, Χ., & Αδαμακίδου, Θ. (2021). *Διεθνής κατευθυντήριες οδηγίες Κατ' οίκον Φροντίδας Υγείας*. Στο Εκπαιδευτικό υλικό της Ενότητας 11 «Κατ' οίκον Νοσηλευτική» του Υπουργείου Υγείας για την Ειδικότητα της «Δημόσιας Υγείας και Κοινωνικής Νοσηλευτικής», Αθήνα, Υπουργείο Υγείας.
- Stanhope, M., & Lancaster, J. (2014). *Κοινωνική Νοσηλευτική* (4η αγγλική, 2η ελληνική έκδοση). Επιμέλεια στην ελληνική Ζ. Ανδουλάκη και συνεργάτες. Αθήνα, Εκδόσεις Πασχαλίδης.

Χρήσιμο οπτικοακουστικό και έντυπο υλικό στο διαδίκτυο

[The Initial Home Visit - Nursing Skill Demonstration - YouTube](#)

[Home Page | IHCNO Home | Information for Home Healthcare Nurses | International Home Care Nurses Organization](#)

Κριτήρια Αξιολόγησης

Κριτήριο Αξιολόγησης 1

Προβληματιζόμενοι από τις αλλαγές στους ρόλους του χρήστη, του επίσημου φροντιστή και των υπηρεσιών υγείας, οι οποίες ευοδώνονται κατά την παροχή φροντίδας υγείας στο περιβάλλον του σπιτιού και της κοινότητας, συζητήστε κατά πόσο είναι προετοιμασμένοι οι τρεις αυτοί συμμετέχοντες να ανταποκριθούν στους νέους ρόλους, καθώς και με ποιους τρόπους θα μπορούσαν να προετοιμαστούν κατάλληλα.

Απάντηση/Λύση

Η απάντηση προκύπτει μέσα από τη συζήτηση για τον ρόλο της εκπαίδευσης του χρήστη, του επίσημου φροντιστή/επαγγελματία υγείας αλλά και των υπηρεσιών υγείας.

Κριτήριο Αξιολόγησης 2 – Μελέτη Περίπτωσης

Ετοιμάζετε να κάνετε την πρώτη κατ' οίκον επίσκεψη στην κα Μαρία Ψ., μια 82χρονη ηλικιωμένη γυναίκα με ήπια νοητική έκπτωση, σακχαρώδη διαβήτη και κολπική μαρμαρυγή υπό αγωγή. Αναφέρετε τις ενέργειες που θα κάνετε πριν την επίσκεψη.

Απάντηση/Λύση

Στη φάση της προετοιμασίας για την κατ' οίκον επίσκεψη ο νοσηλευτής προετοιμάζεται για την επίσκεψη, δηλαδή:

- Ελέγχει τις ιατρικές οδηγίες για τον λόγο της επίσκεψης (αναζήτηση εγγράφου παραπομπής της κας Μαρίας Ψ. στην υπηρεσία της κατ' οίκον νοσηλείας, διερεύνηση του λόγου / της αιτίας παραπομπής στην υπηρεσία της κατ' οίκον νοσηλείας κ.ά.).
- Λαμβάνει έγκριση για τη διεξαγωγή της από τον χρήστη / την οικογένεια (τηλεφώνημα στην κα Μαρία για τον προγραμματισμό και την επιβεβαίωση της επίσκεψης, εάν υπάρχει συγγενικό περιβάλλον στον ίδιο χώρο, ενημέρωση αντίστοιχα και του άτυπου φροντιστή, επιβεβαίωση του λόγου / της αιτίας παραπομπής στην υπηρεσία κ.ά.).
- Συγκεντρώνει όσες περισσότερες πληροφορίες για τον ασθενή και την κατάστασή του. Πηγές πληροφοριών: έντυπο παραπομπής, τηλεφωνική επικοινωνία με την κα Μαρία ή τον άτυπο φροντιστή, βιβλία και διαδίκτυο. Είδος πληροφοριών: σχετικές με την υγεία, τη φαρμακευτική αγωγή, το κοινωνικό περιβάλλον, τη γειτονιά κ.ά.
- Προετοιμάζει και συγκεντρώνει τον εξοπλισμό που θα χρειαστεί για την επίσκεψη. Ενδεικτικός εξοπλισμός στην τσάντα εργασίας: πιεσόμετρο, ανακλασίμετρο, Mini Mental Scale κ.ά.
- Χαρτογραφεί/Γνωρίζει την κοινότητα, δηλαδή λαμβάνει πληροφορίες για την ίδια την οικογένεια, τη γειτονιά, τις υποστηρικτικές πηγές της κοινότητας. Χαρτογράφηση της κοινότητας για τον προσδιορισμό υποστηρικτικών πηγών: π.χ. εκκλησία, φαρμακείο κ.ά.

Κριτήριο Αξιολόγησης 3 – Μελέτη Περίπτωσης

Ετοιμάζετε να κάνετε την πρώτη κατ' οίκον επίσκεψη στην κα Μαρία Ψ., μια 82χρονη ηλικιωμένη γυναίκα με ήπια νοητική έκπτωση, σακχαρώδη διαβήτη και κολπική μαρμαρυγή υπό αγωγή. Αναφέρετε τις ενέργειες που θα κάνετε κατά την επίσκεψη.

Απάντηση/Λύση

Στη φάση της επίσκεψης ο νοσηλευτής, όπως ακριβώς στη νοσηλευτική διεργασία:

- Αξιολογεί στο πλαίσιο της συνέντευξης της κας Μαρίας το ιστορικό υγείας, διενεργεί αξιολόγηση της κατάστασης υγείας και κλινική αξιολόγηση, αξιολόγηση της ψυχικής και πνευματικής κατάστασης της κας Μαρίας, αξιολόγηση του κοινωνικού περιβάλλοντος (οικογένεια, παιδιά, φίλοι, συγγενείς), αξιολόγηση της φαρμακευτικής αγωγής και έλεγχος της λήψης των φαρμάκων, αξιολόγηση της διατροφικής κατάστασης, αξιολόγηση περιβάλλοντος χώρου κ.ά.). Στη φάση της αξιολόγησης, η χρήση συγκεκριμένων εργαλείων (ενδεικτικά αξιολόγηση της φυσικής λειτουργικότητας με το εργαλείο Barthel Index, αξιολόγηση της νοητικής/γνωστικής κατάστασης με το εργαλείο Mini Mental Scale, αξιολόγηση του πόνου με την αριθμητική κλίμακα κ.ά.) μπορούν να βοηθήσουν τον επαγγελματία υγείας στην παρούσα αξιολόγηση αλλά και συγκριτικά στο πέρασμα του χρόνου για τη διαπίστωση βελτίωσης ή επιδείνωσης λειτουργιών.
- Διατυπώνει τον σκοπό της νοσηλευτικής φροντίδας, με βάση τον λόγο / την αίτια παραπομπής στην υπηρεσία κατ' οίκον, προσδιορίζει τις επιθυμητές εκβάσεις από τις παρεμβάσεις του και παράλληλα ιεραρχεί και τα άλλα προβλήματα και ανάγκες της κας Μαρίας.
- Σχεδιάζει και εφαρμόζει ένα ρεαλιστικό πλάνο φροντίδας.
- Εκτιμά τα αποτελέσματα των παρεμβάσεων του και ανατροφοδοτεί το πλάνο φροντίδας.

Κριτήριο Αξιολόγησης 4

Συζητήστε τους τέσσερις τρόπους προσέγγισης της οικογένειας στην κατ' οίκον φροντίδα υγείας και αναφέρετε επιπλέον παραδείγματα για καθεμία προσέγγιση της οικογένειας.

Απάντηση/Λύση

Η απάντηση στην ερώτηση αυτή προκύπτει από τη μελέτη της ενότητας 2.4 «Κατ' οίκον νοσηλευτική φροντίδα και οικογένεια».

Κριτήριο Αξιολόγησης 5

Αναφέρετε 3 ενέργειες που ο νοσηλευτής της οικογένειας πρέπει να κάνει καθώς προετοιμάζεται για την κατ' οίκον επίσκεψη.

Απάντηση/Λύση

Ενδεικτικά αναφέρονται μερικές από τις πιθανές ενέργειες:

1. Μελετά τον φάκελο της οικογένειας.
2. Συζητά για την οικογένεια με τα μέλη της διεπιστημονικής ομάδας που γνωρίζουν καλύτερα την οικογένεια.
3. Συγκεντρώνει πληροφορίες, εκπαιδευτικό υλικό, εξοπλισμό για την αξιολόγηση και τις παρεμβάσεις του κ.ά.
4. Τηλεφωνεί στην οικογένεια για να επιβεβαιώσει το ραντεβού της επίσκεψης κατ' οίκον.

Κεφάλαιο 3 Θεωρίες και μοντέλα στη Νοσηλευτική της Οικογένειας

Σύνοψη

Οι νοσηλευτές πρέπει να είναι κατάλληλα προετοιμασμένοι, ώστε να σκέφτονται δημιουργικά και ταυτόχρονα κριτικά για τον τρόπο με τον οποίο προβλήματα υγείας επηρεάζουν την οικογένεια. Οι διάφορες θεωρητικές προσεγγίσεις συμβάλλουν στην προαγωγή αυτού του τρόπου σκέψης των νοσηλευτών που ασχολούνται με την οικογένεια και την υγεία αυτής. Στο παρόν κεφάλαιο παρουσιάζονται διαφορετικές θεωρητικές προσεγγίσεις στη νοσηλευτική της οικογένειας με σκοπό την κατανόηση της εμπειρίας ενός γεγονότος μιας οικογένειας, και ανάλογα με τη θεωρητική προσέγγιση, να αναζητηθούν δεδομένα και να προσδιοριστούν οι κατάλληλες παρεμβάσεις οι οποίες θα συντελέσουν στην επιστροφή της σταθερότητας στην οικογένεια.

Προαπαιτούμενη γνώση

Βασικές γνώσεις για τις Νοσηλευτικές Θεωρίες που βρίσκουν εφαρμογή στην παροχή φροντίδας στην κοινότητα και την κοινοτική νοσηλευτική.

Γλωσσάριο επιστημονικών όρων

Αναπτυξιακή θεωρία	Μοντέλο αξιολόγησης οικογενειακής κατάστασης και παρέμβασης
Βιοοικολογική συστημική θεωρία	Μοντέλο του κύκλου της υγείας και της ασθένειας
Θεωρία επίτευξης στόχων της King	της οικογένειας
Θεωρία της αυτοφροντίδας της Orem	Μοντέλο των συστημάτων της Neuman
Θεωρία της Nightingale	Πλαίσιο συστημικής οργάνωσης της Friedemann
Θεωρία της προσαρμογής της Roy	
Θεωρία των μοναδικών ανθρωπίνων υπάρξεων της Rogers	

Εισαγωγή

... [H] νοσηλευτική αποτελεί μια περίπλοκη επαγγελματική δραστηριότητα, η οποία εκφράζεται σε πρακτική αλλά αντλεί από εξεζητημένη ολοκληρωμένη θεωρητική κατανόηση.

Rearson et al., 2014

Η εκπαίδευση στη νοσηλευτική επιστήμη προετοιμάζει τους νοσηλευτές να σκέφτονται δημιουργικά και με κριτική σκέψη για τον τρόπο με τον οποίο η κατάσταση της υγείας ενός μέλους μιας οικογένειας επηρεάζει την οικογένεια στο σύνολό της, με παράλληλη κατανόηση των θεωριών και των μοντέλων που έχουν αναπτυχθεί για την οικογένεια. Οι θεωρίες και τα μοντέλα προσέγγισης της οικογένειας συμβάλλουν στην:

- ανάπτυξη δημιουργικής και κριτικής σκέψης,
- διεύρυνση γνώσης,
- διεύρυνση σκέψης.

Καμία θεωρία ή μοντέλο δεν υπερέχει των άλλων, δηλαδή δεν είναι περισσότερο σωστό ή περιεκτικό σε σύγκριση με κάποια άλλα. Ο σκοπός των νοσηλευτών είναι να κατανοήσουν εις βάθος την καταπόνηση που υφίστανται οι οικογένειες όταν βρίσκονται σε κρίση ή ένα μέλος τους αντιμετωπίζει κάποιο πρόβλημα υγείας,

να υποστηρίξουν και να εφαρμόσουν παρεμβάσεις βασισμένοι σε θεωρητικά πρότυπα που ταιριάζουν ανάλογα με την περίπτωση. Συνοπτικά:

- Οι θεωρίες αναπτύχθηκαν για την κατανόηση του κόσμου, για να δείξουν ότι κάτι σχετίζεται με κάτι άλλο, ότι μαζί αυτά δημιουργούν ένα πρότυπο με το οποίο μπορεί κάποιος να προβλέψει τις συνέπειες.
- Οι θεωρίες υποδεικνύουν τρόπους με τους οποίους ο τεράστιος όγκος πληροφοριών μετατρέπεται σε γνώση και οργανώνουν τις πληροφορίες για την καλύτερη κατανόηση του κόσμου.
- Η χρήση θεωριών στην οικογενειακή νοσηλευτική διασφαλίζει υψηλό επίπεδο γνώσεων και κατανόησης με σκοπό τη βελτίωση των παρεχόμενων υπηρεσιών στην οικογένεια.

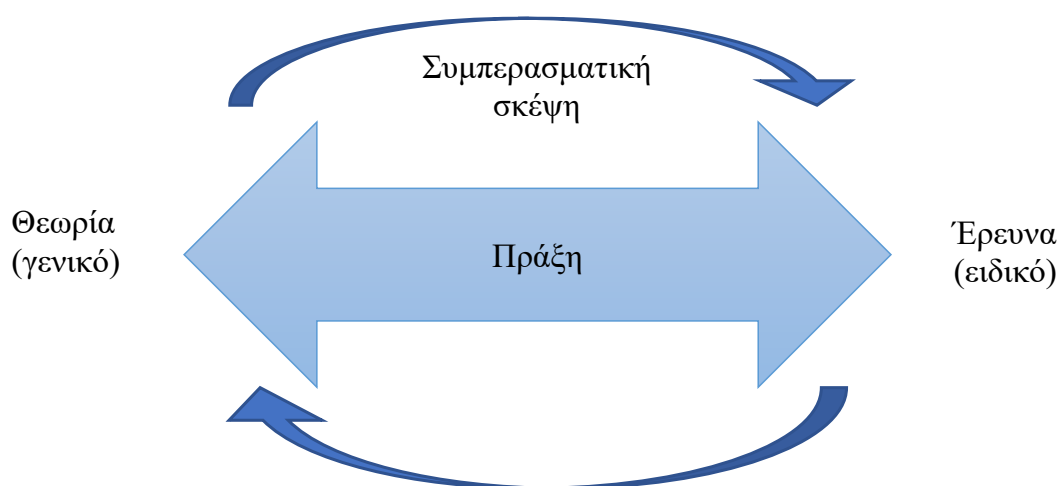
Το θεωρητικό πλαίσιο της Νοσηλευτικής της Οικογένειας βασίζεται στις νοσηλευτικές θεωρίες και μοντέλα, και θεωρίες που αναπτύχθηκαν για την Οικογένεια από άλλες επιστήμες. Το εφαρμοσμένο μέρος της Νοσηλευτικής της Οικογένειας βασίζεται σε εργαλεία που έχουν αναπτυχθεί από νοσηλευτές της οικογένειας και για τους νοσηλευτές της οικογένειας προς διευκόλυνση τους κλινικού τους έργου. Το εφαρμοσμένο μέρος αναπτύσσεται σε επόμενα κεφάλαια.

3.1 Η σχέση μεταξύ θεωρίας, πρακτικής και έρευνας

Η σχέση μεταξύ θεωρίας, πράξης και έρευνας είναι μια σχέση αλληλεπίδρασης και αλληλοτροφοδότησης, όπως φαίνεται στο Σχήμα 3.1.

Η θεωρία, ως σύνολο προτάσεων οι οποίες περιγράφουν τις σχέσεις μεταξύ των μεταβλητών που περιγράφουν συστηματικά ένα φαινόμενο και, στη συγκεκριμένη περίπτωση, την οικογένεια, εφαρμόζεται στην πράξη και ελέγχεται με την έρευνα. Έπειτα η δοκιμασμένη θεωρία εφαρμόζεται στην πράξη και στη συνέχεια η πράξη διευκολύνει τη βελτίωση ή/και την ανάπτυξη της θεωρίας.

Πρόκειται για έναν κύκλο ο οποίος συντηρείται με τη χρήση της επαγωγικής σκέψης, η οποία ξεκινά από το ειδικό και καταλήγει στο γενικό, και της συμπερασματικής σκέψης, η οποία ξεκινά από τη γενική θεωρία για να καταλήξει σε ειδικά ερωτήματα.



Σχήμα 3.1 Η σχέση μεταξύ θεωρίας, πράξης και έρευνας.

3.2 Βασικά θεωρητικά πλαίσια και μοντέλα στη Νοσηλευτική της Οικογένειας

Το θεωρητικό πλαίσιο της Νοσηλευτικής της Οικογένειας βασίζεται στον συνδυασμό νοσηλευτικών θεωριών και μοντέλων, οικογενειακών-κοινωνικών θεωριών και θεωριών οικογενειακής θεραπείας. Παρακάτω ακολουθεί πολύ σύντομη παρουσίαση βασικών θεωρητικών πλαισίων τα οποία βρίσκουν εφαρμογή στη Νοσηλευτική της Οικογένειας. Στα επόμενα κεφάλαια θα δοθεί αναλυτική αναφορά για το μοντέλο της Freedman και το μοντέλο αξιολόγησης και παρέμβασης Calgary.

3.2.1 Νοσηλευτικές θεωρίες και μοντέλα για τη Νοσηλευτική της Οικογένειας

Ακολουθεί η σύντομη παράθεση νοσηλευτικών θεωριών οι οποίες βρίσκουν εφαρμογή στη Νοσηλευτική της Οικογένειας.

- Η *Florence Nightingale*, θεμελιώτρια της σύγχρονης νοσηλευτικής, επισήμανε αφενός τη σημασία και αξία της οικογένειας για την πορεία του ατόμου από τη στιγμή της γέννησης έως και τον θάνατό του και αφετέρου την αξία της επικέντρωσης στην οικογένεια στην καθημερινή νοσηλευτική πρακτική.
- Η *θεωρία αυτοφροντίδας της Orem* μπορεί να επεκταθεί και στην αυτοφροντίδα της οικογένειας. Η οικογένεια προσεγγίζεται: (α) ως παράγοντας που καθορίζει τις απαιτήσεις ενός ατόμου για φροντίδα και την ικανότητα να παρέχει φροντίδα στον εαυτό του, (β) ως μονάδα εξαρτημένης φροντίδας και (γ) ως μονάδα παροχής υπηρεσιών. Η οικογένεια θεωρείται ότι έχει λειτουργίες που σχετίζονται με την ανάπτυξη της αυτοφροντίδας των μελών της και τη δημιουργία κατάλληλων συστημάτων φροντίδας με τέτοιο τρόπο που να προάγεται η υγεία ολόκληρης της οικογένειας.
- Η *Betty Neuman* στο μοντέλο των συστημάτων θεωρεί την οικογένεια με τα μέλη της ένα σύστημα. Η δομή και οι λειτουργίες της οικογένειας τοποθετούνται εντός των ευέλικτων γραμμών άμυνας, οι γραμμές αντίστασης σχετίζονται με τις αξίες και τις απόψεις, την αλληλεξάρτηση και τις αλληλεπιδράσεις, ο πυρήνας της οικογένειας, η βασική δομή, περιλαμβάνει τις πηγές ενέργειας οι οποίες απαιτούνται για να διατηρήσουν την οικογένεια ως μονάδα, ενώ ο στόχος της νοσηλευτικής φροντίδας είναι να συμβάλλει στη σταθεροποίηση του συστήματος της οικογένειας μέσα στο περιβάλλον στο οποίο ζει και εξελίσσεται.
- Το εννοιολογικό πλαίσιο της *θεωρίας της King* με τα τρία αλληλεπιδρώντα συστήματα, δηλαδή το προσωπικό σύστημα (αντιλήψεις, εαυτός, εικόνα σώματος, ανάπτυξη, μάθηση, προσωπικός χώρος, χρόνος, στρατηγικές αντιμετώπισης), το διαπροσωπικό (αλληλεπιδράσεις, επικοινωνία, ρόλοι, στρες, στρεσογόνοι παράγοντες, συναλλαγές) και το κοινωνικό (εξουσία, λήψη αποφάσεων, οργανισμοί, δύναμη) επισήμανε ότι η οικογένεια είναι ένα διαπροσωπικό σύστημα, και συνεπώς ο νοσηλευτής κρίνεται σκόπιμο να εστιάζει στο διαπροσωπικό σύστημα και να χρησιμοποιεί τις έννοιες από το προσωπικό και κοινωνικό σύστημα για την καλύτερη κατανόηση της κατάστασης του ασθενούς.
- Η *θεωρία προσαρμογής της Roy* θεωρεί την οικογένεια ένα σύστημα προσαρμογής και εντόπισε εσωτερικές διαδικασίες, όπως η υποστήριξη, η φροντίδα και η κοινωνικοποίηση, καθώς και διαδικασίες ανατροφοδότησης, συναλλαγής και ελέγχου των μελών, οι οποίες όταν μελετηθούν μπορεί να προσδιοριστεί ποιες από αυτές προάγουν τη σταθερότητα της οικογένειας και ποιες οδηγούν στην πρόοδο, την ανάπτυξη και τον μετασχηματισμό αυτής. Συνεπώς, η κατανόηση αυτών των διαδικασιών από τον νοσηλευτή μπορεί να συμβάλλει στη βοήθεια της οικογένειας προκειμένου να βελτιώσει αυτές τις διαδικασίες και άρα τη λειτουργία της.
- Η *Martha Rogers* ανέπτυξε τη *θεωρία των μοναδικών ανθρωπίνων υπάρξεων*, η οποία έχει τη βάση της στη θεωρία των συστημάτων, σύμφωνα με την οποία το όλον είναι περισσότερο από το άθροισμα των μερών του και οι θεραπευτές, οικογενειακοί νοσηλευτές κ.ά. οφείλουν να εστιάζουν στην ικανότητα του συστήματος για αυτοδιόρθωση με τη βοήθεια που λαμβάνει από το περιβάλλον του και όχι στην παθολογία του. Η αξιολόγηση μπορεί να περιλαμβάνει το παρόν, την επικοινωνία, τη σύνδεση με το περιβάλλον, την προσωπική ιστορία και την ακεραιότητα του συστήματος. Η αξιολόγηση καθενός από αυτά παρουσιάζει μια ολιστική εικόνα της οικογένειας δίνοντας έναυσμα για εκπαίδευση και άλλες παρεμβάσεις.

- Η *Marie-Luise Friedemann* ανέπτυξε το πλαίσιο συστημικής οργάνωσης, το οποίο είναι μια εννοιολογική προσέγγιση για την εργασία με οικογένειες, άτομα και άλλα κοινωνικά συστήματα (οργανισμούς, κοινότητες κ.λπ.). Η υγεία της οικογένειας βιώνεται από όλα τα μέλη της οικογένειας, αλλά και μεταξύ του συστήματός τους και του περιβάλλοντος. Η βέλτιστη υγεία είναι το αποτέλεσμα μιας ισορροπημένης λειτουργίας της οικογένειας και του χαμηλού επιπέδου άγχους που βιώνουν τα μέλη της. Η σταθερότητα, η ανάπτυξη, ο έλεγχος και η πνευματικότητα είναι οι στόχοι για την επιβίωση κάθε συστήματος.

3.2.2 Θεωρία των συστημάτων (Family system theory)

Βασικές έννοιες: Η οικογένεια προσεγγίζεται ως σύστημα, σύνολο. Ό,τι συμβαίνει στην οικογένεια ως σύνολο επηρεάζει τα μέλη της οικογένειας και στιδήποτε συμβαίνει στα μέλη έχει αντίκτυπο στην οικογένεια ως σύνολο. Εστιάζει στην αλληλεπίδραση μεταξύ των μελών η οποία μπορεί να οδηγήσει στη λειτουργία ή τη δυσλειτουργία της οικογένειας.

Αξιολόγηση: Η οικογένεια αξιολογείται συνολικά ή/και αξιολογείται ατομικά κάθε μέλος. Οι ερωτήσεις στοχεύουν στην αξιολόγηση και διερεύνηση της αλληλεπίδρασης των μελών μεταξύ τους και στην αλληλεπίδραση της οικογένειας με την ευρύτερη κοινότητα.

Παρεμβάσεις: Γενόγραμμα, οικοχάρτης, συλλογή δεδομένων για την οικογένεια ως σύνολο και τα μέλη χωριστά, σχεδιασμός του πλάνου φροντίδας με όλα τα μέλη παρόντα.

Γενικότερο σχόλιο: Εστιάζει στην οικογένεια ως σύνολο και στα υποσυστήματά της ή και στα δύο. Αποδεκτή και εύκολα κατανοητή θεωρία.

3.2.3 Θεωρία της ανάπτυξης και του κύκλου ζωής της οικογένειας (Family developmental and life cycle theory)

Βασικές έννοιες: Η οικογένεια προσεγγίζεται ως σύνολο μέσα στον χρόνο. Όλες οι οικογένειες διέρχονται από τα αναπτυξιακά στάδια, ξεκινώντας από τη γέννηση του πρώτου παιδιού έως το θάνατο των γονέων. Εστιάζει στον κύκλο ζωής της οικογένειας.

Αξιολόγηση: Η οικογένεια αξιολογείται είτε συνολικά είτε κάθε μέλος ατομικά. Οι ερωτήσεις αξιολόγησης σχετίζονται με τα γεγονότα –αναμενόμενα και μη αναμενόμενα– που επηρεάζουν τον κύκλο ζωής της οικογένειας.

Παρεμβάσεις: Γενόγραμμα, οικοχάρτης, συνέντευξη για τον προσδιορισμό της νοητικής, κοινωνικής, ψυχολογικής, πνευματικής και φυσικής ανάπτυξης, προσδιορισμός των γεγονότων που επηρεάζουν την οικογένεια ως σύνολο και τα μέλη της, προσδιορισμός του τρόπου με τον οποίο η ανάπτυξη των μελών που απαρτίζουν την οικογένεια επηρεάζει την ανάπτυξη της οικογένειας.

Γενικότερο σχόλιο: Εστιάζει στην οικογένεια ως σύνολο, παρέχει το πλαίσιο κατανόησης των γεγονότων που συμβαίνουν στην οικογένεια σε κάθε στάδιο. Βέβαια, ο παραδοσιακός κύκλος της ζωής της οικογένειας έχει πλέον αλλάξει στη σημερινή κοινωνία, καθώς έχουν αλλάξει η δομή και οι ρόλοι μέσα στην οικογένεια.

3.2.4 Βιοοικολογική συστημική θεωρία (Bioecological systems theory)

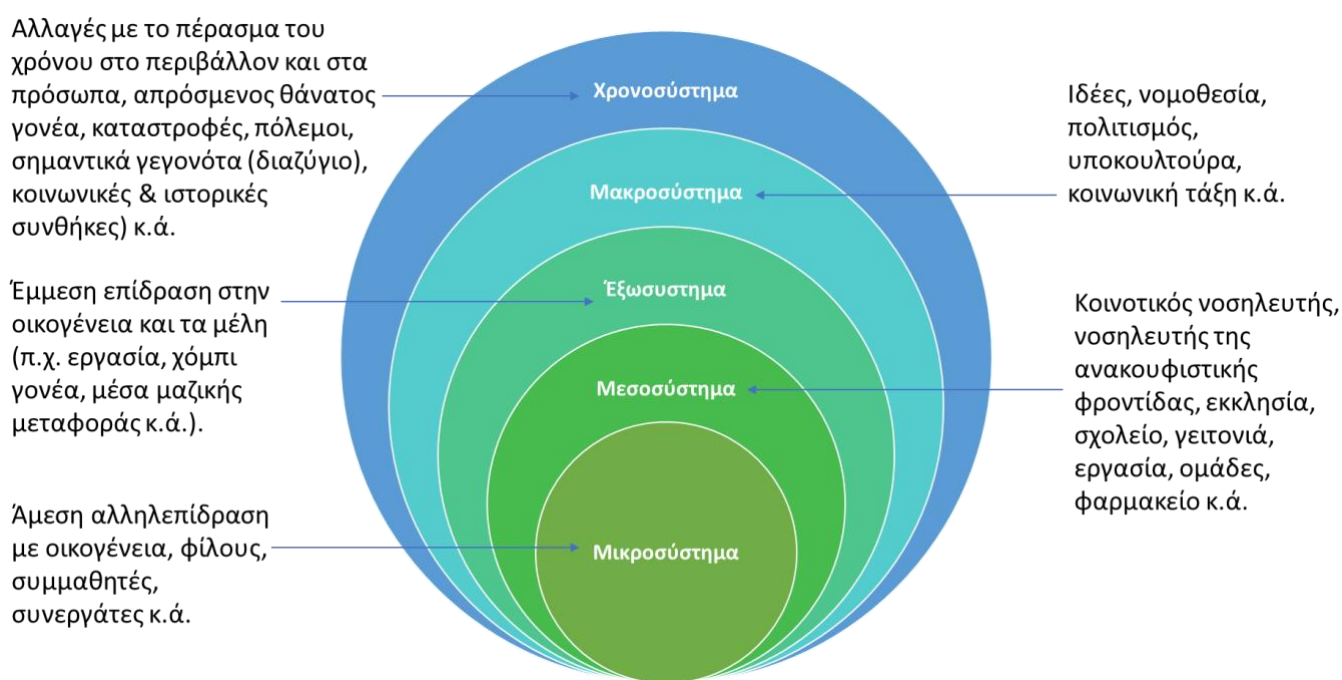
Βασικές έννοιες: Εστιάζει στον συνδυασμό των βιολογικών/γενετικών και περιβαλλοντικών παραγόντων που αλληλεπιδρούν στην ανάπτυξη κάθε ανθρώπου. Χρησιμοποιεί την αναπτυξιακή θεωρία και τη συστημική θεωρία για την κατανόηση της ατομικής και οικογενειακής ανάπτυξης.

Αξιολόγηση: Αξιολογείται το α) *μικροσύστημα (microsystem)* που αφορά άτομα και συστήματα με τα οποία το άτομο / η οικογένεια αλληλοεπιδρά σε καθημερινή βάση, όπως μέσα στο σπίτι, στη γειτονιά, στην εργασία, στο σχολείο, στο σύστημα υγείας, στους κοντινούς φίλους, β) το *μεσοσύστημα (mesosystem)* το οποίο αφορά άτομα και συστήματα με τα οποία το άτομο / η οικογένεια αλληλοεπιδρά τακτικά, αλλά όχι σε καθημερινή βάση, όπως ο κοινοτικός νοσηλευτής, ο νοσηλευτής της ανακουφιστικής φροντίδας, τα μέλη της εκκλησίας που έχουν αναλάβει τα συσσίτια, το σύστημα του σχολείου, το φαρμακείο κ.ά., γ) το *εξωσύστημα (exosystem)* αφορά εξωτερικά περιβάλλοντα που επηρεάζουν έμμεσα την οικογένεια και τα μέλη της, καθώς το άτομο ενδέχεται να μην συμμετέχει σε ένα τέτοιο περιβάλλον, όπως για παράδειγμα η εργασία του γονέα (ωράριο, μισθός, άγχος, ταξίδια κ.ά.) επηρεάζει έμμεσα τη ζωή της οικογένειας και των μελών της, δ) το *μακροσύστημα (macrosystem)* αφορά την αλληλεπίδραση του ατόμου-μέλους της οικογένειας και της οικογένειας με το πολιτισμικό περιβάλλον (στάσεις, απόψεις, ιδεολογίες) των συστημάτων και υποσυστημάτων, μέσα στα οποία

δραστηριοποιείται (κοινωνική τάξη, νομοθεσία, εθνικότητα κ.ά.), και ε) το *χρονοσύστημα* (*chronosystem*) αφορά περιβάλλοντα τα οποία υφίστανται αλλαγές στο πέρασμα του χρόνου και μπορούν να επηρεάσουν τα μέλη και την οικογένεια ως σύνολο (αλλαγές στο άτομο ή το περιβάλλον, κοινωνικο-ιστορικές συνθήκες, όπως πόλεμος ή μια πανδημία, σημαντικά γεγονότα, θάνατος αγαπημένου προσώπου, διαζύγιο κ.ά.). Απεικονίζεται σχηματικά με ομόκεντρους κύκλους, όπου στο κέντρο βρίσκεται το μικροσύστημα (άτομο), και στη συνέχεια η διάμετρος κάθε επόμενου κύκλου ανοίγει, για να συμπεριλάβει αυτούς με τη μικρότερη διάμετρο. Ο εξωτερικός κύκλος είναι το χρονοσύστημα (Σχήμα 3.2).

Παρεμβάσεις: Γενόγραμμα, οικοχάρτης, συνέντευξη για τον προσδιορισμό των συστημάτων, προσδιορισμός των ατόμων μέσα στο περιβάλλον (οικογένεια, εκτεταμένη οικογένεια, σπίτι, σχολείο, κοινότητα).

Γενικότερο σχόλιο: Εστιάζει στην ολιστική προσέγγιση της ανάπτυξης του ανθρώπου / της οικογένειας, βιο-ψυχο-κοινωνικο-πνευματικο-πολιτισμική προσέγγιση για την κατανόηση του τρόπου με τον οποίο μέλη και οικογένεια αλλάζουν και προσαρμόζονται στον χρόνο μέσα στην ευρύτερη κοινότητα.



Σχήμα 3.2 Σχηματική απεικόνιση της Βιοοικολογικής Συστημικής θεωρίας.

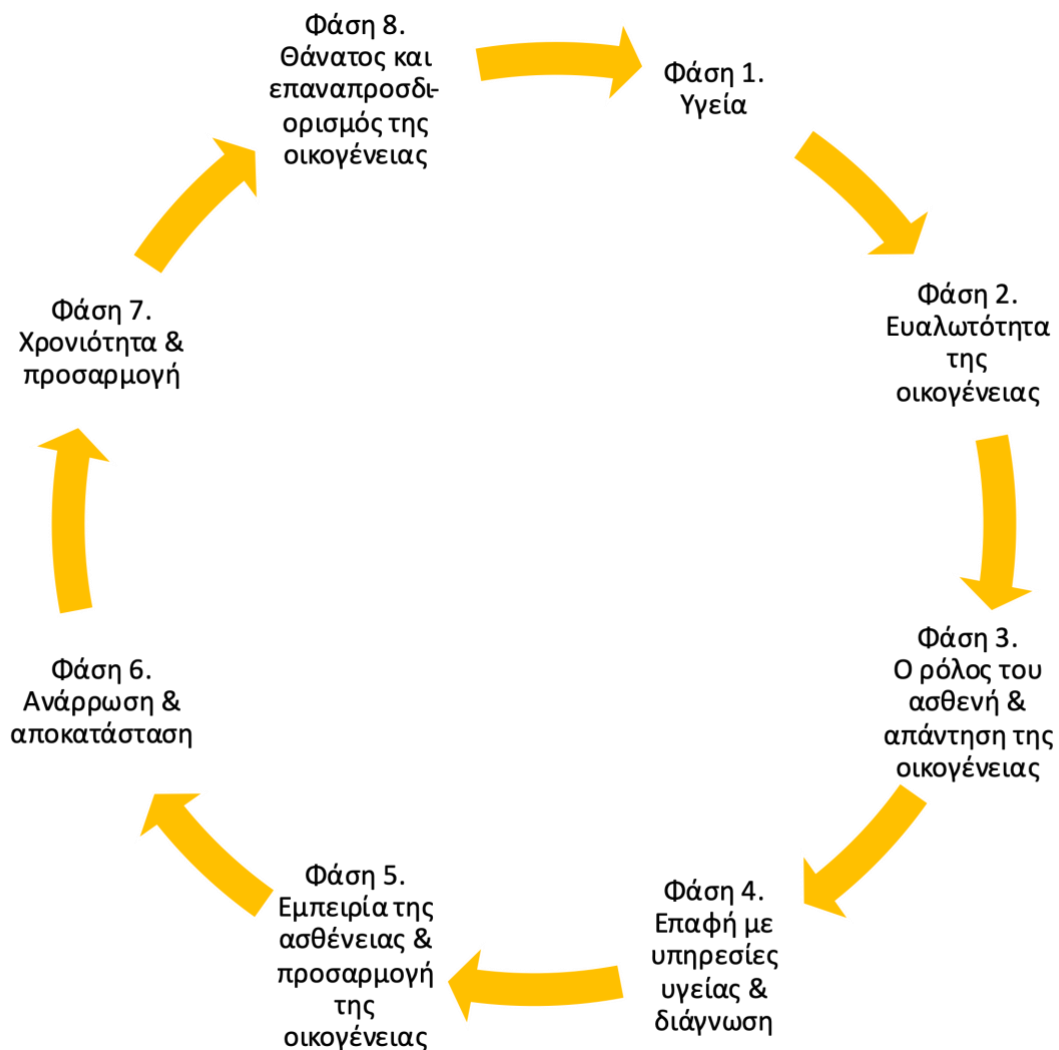
3.2.5 Μοντέλο του κύκλου της υγείας και της ασθένειας της οικογένειας (family cycle of health and illness model)

Βασικές έννοιες: Πρόκειται για ένα εννοιολογικό μοντέλο και όχι για θεωρία, στο οποίο κάθε φάση του κύκλου αντιστοιχεί και σε ένα πεδίο αναζήτησης πληροφοριών, και τα δεδομένα οργανώνονται με τέτοιο τρόπο ώστε να συμβάλλουν σε έναν τρόπο σκέψης για την προσέγγιση της οικογένειας με το πρόβλημα υγείας. Οι τομείς αναζήτησης πληροφοριών περιλαμβάνουν την προαγωγή της υγείας της οικογένειας και τη μείωση του κινδύνου για την υγεία, την ευπάθεια της οικογένειας και την έναρξη της νόσου, την αξιολόγηση της ασθένειας, την άμεση απάντηση της οικογένειας, την προσαρμογή στην ασθένεια, το σύστημα φροντίδας της υγείας της οικογένειας (Σχήμα 3.3).

Αξιολόγηση: Η οικογένεια ως σύνολο αξιολογείται για τον τρόπο διαχείρισης των στρεσογόνων παραγόντων και τις δεξιότητες αντιμετώπισης που απαιτούνται σε κάθε φάση του κύκλου της υγείας και της ασθένειας.

Παρεμβάσεις: Γενόγραμμα, οικοχάρτης, εφαρμογή σχεδίου φροντίδας ενίσχυσης των δεξιοτήτων διαχείρισης και των μηχανισμών άμυνας, τροποποίηση των ρόλων για την καλύτερη διαχείριση των στρεσογόνων παραγόντων.

Γενικότερο σχόλιο: Εστιάζει στην αντιμετώπιση των στρεσογόνων παραγόντων σε κάθε φάση στον κύκλο της υγείας και της ασθένειας, είναι μια συνέχεια από την υγεία στον θάνατο και παρουσιάζει τον τρόπο που η οικογένεια συνενώνεται στον θάνατο για να συνεχίσει τη ζωή και την υγεία.



Σχήμα 3.3 Σχηματική απεικόνιση του μοντέλου του κύκλου της υγείας και της ασθένειας της οικογένειας.

3.2.6 Μοντέλο αξιολόγησης και παρέμβασης στην οικογένεια (family assessment and intervention model)

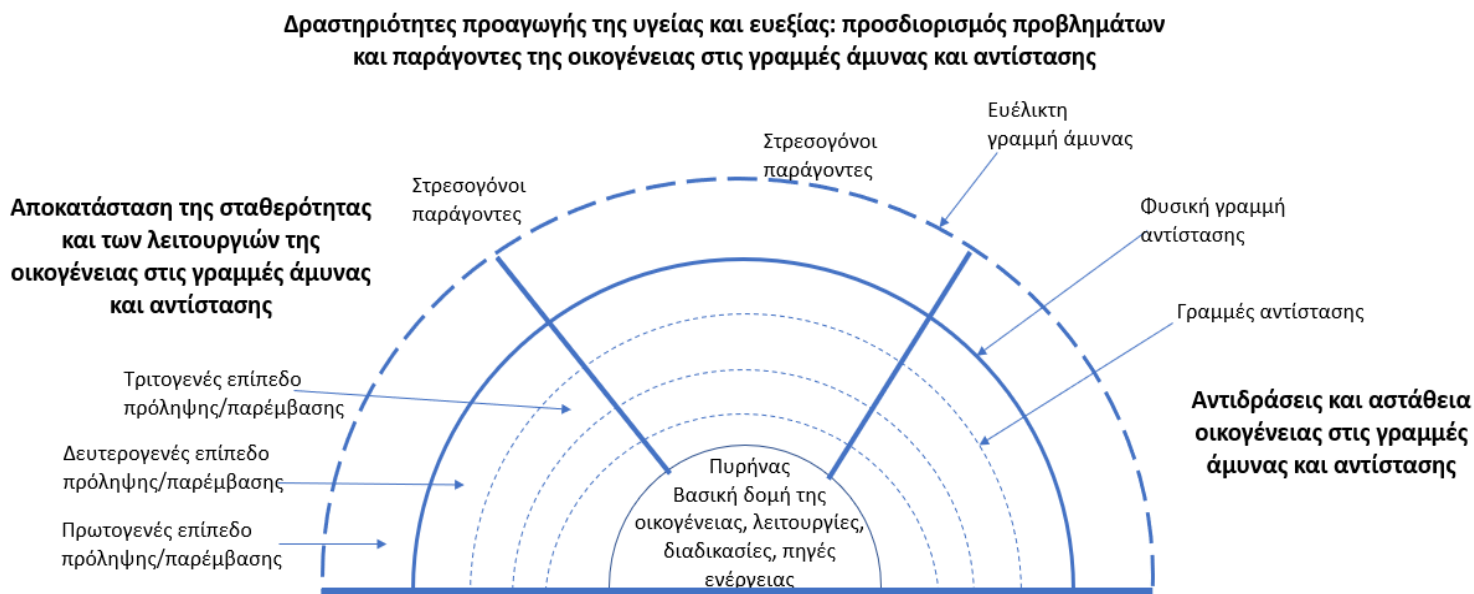
Βασικές έννοιες: Οι οικογένειες θεωρούνται δυναμικά, ανοικτά συστήματα που αλληλεπιδρούν με το περιβάλλον. Ο σημαντικότερος ρόλος της οικογένειας είναι να προστατεύσει τον εαυτό της από απειλητικές καταστάσεις για την υγεία της. Η οικογένεια χαρακτηρίζεται από τη δομή, τη λειτουργία της, τις διαδικασίες της και τα δυνατά της σημεία, διαφορετικά παύει να υφίσταται. Η προσαρμογή θεωρείται βασική λειτουργία της οικογένειας για τη διατήρηση και αποκατάσταση της οικογενειακής σταθερότητας. Το μοντέλο προέρχεται από τη νοσηλευτική επιστήμη και συγκεκριμένα περιλαμβάνει το μοντέλο των συστημάτων της Betty Neuman (Neuman, 1995) και βασίζεται στη θεωρία των συστημάτων, στη θεωρία του στρες και στη θεωρία της αλλαγής (Kaakinen & Hanson, 2010) (Σχήμα 3.4).

Αξιολόγηση: Η οικογένεια αξιολογείται συνολικά, αλλά και κάθε μέλος καλείται να συμπληρώσει το εργαλείο αξιολόγησης Family Systems Stress-Strenghts Inventory (FS³I). Οι στρεσογόνοι παράγοντες αξιολογούνται και αναλύονται καθώς επηρεάζουν την ισορροπία της οικογένειας. Η αξιολόγηση διενεργείται σε τρεις άξονες: α) την προαγωγής της υγείας και ευεξίας: προσδιορισμός προβλημάτων και παράγοντες της οικογένειας στις

γραμμές άμυνας και αντίστασης, β) αντιδράσεις και αστάθεια οικογένειας στις γραμμές άμυνας και αντίστασης και γ) αποκατάσταση της σταθερότητας και των λειτουργιών της οικογένειας στις γραμμές άμυνας και αντίστασης.

Παρεμβάσεις: Γενόγραμμα, οικοχάρτης, FS³I.

Γενικότερο σχόλιο: Η αξιολόγηση γίνεται με ποιοτικά και ποσοτικά δεδομένα τα οποία προσδιορίζουν την πρωτογενή, τη δευτερογενή και τριτογενή πρόληψη και παρέμβαση. Είναι μοντέλο που εστιάζει στα δυνατά σημεία στις οικογένειες.



Σχήμα 3.4 Σχηματική απεικόνιση του μοντέλου αξιολόγησης και παρέμβασης στην οικογένεια.

Θυμηθείτε ότι:

- Η οικογενειακή νοσηλευτική βασίζεται σε συγκεκριμένο θεωρητικό υπόβαθρο και η πρακτική της είναι επιστημονικά τεκμηριωμένη.
- Οι θεωρίες και τα μοντέλα προσέγγισης της οικογένειας έχουν σκοπό την αναγνώριση και την κατανόηση των προβλημάτων και τον σχεδιασμό αποτελεσματικών παρεμβάσεων.

Ξενόγλωσση Βιβλιογραφία

- Allander, J. A., & Walton-Spradley, B. (2005). *Community health nursing: promoting and protecting public's health*. 6th edition, Lippincott.
- Allgood, M. R. (2010). Family healthcare with King's theory of goal attainment. *Nursing Science Quarterly*, 23(2), 99-104.
- Årestedt, L., Benzein, E., & Persson, C. (2015). Families living with chronic illness: beliefs about illness, family, and health care. *Journal of Family Nursing*, 21(2), 206-231.
- Banerjee, J., Aloysius, A., Platonos, K., & Deierl, A. (2018). Family centred care and family delivered care—What are we talking about? *Journal of Neonatal Nursing*, 24(1), 8-12.
- Bell, J. M. (2015). Growing the science of Family Systems Nursing: Family health intervention research focused on illness suffering and family healing [L'avancement de la recherche sur l'intervention infirmière systémique en santé familiale: bilan]. In F. Duhamel (Ed.), *La santé et la famille: Une approche systémique en soins infirmiers [Families and health: A systemic approach in nursing care]* (3rd ed.) Montreal, Quebec, Canada: Gaëtan Morin éditeur, Chenelière Éducation, (pp. 102-125).
- Doherty, W. J. (1991). Family Theory and Family Health Research: Understanding the family health and illness cycle. *Canadian Family Physician*, 37, 2423-2428.
- Eustace, R. W. (2013). A discussion of HIV/AIDS family interventions: implications for family - focused nursing practice. *Journal of Advanced Nursing*, 69(7), 1660-1672.
- Eustace, R., Gray, B., & Curry, D. (2015). The meaning of family nursing intervention: what do acute care nurses think. *Res Theory Nurs Pract*, 29(2), 125-42.
- Eustace, R. W. (2022). A Theory of Family Health: A Neuman's Systems Perspective. *Nursing Science Quarterly*, 35(1), 101-110.
- Friedman, M. (1998). *Family nursing, Research, theory and practice*. 4th edition, USA, Appleton & Lange.
- Hanna, D. R., & Roy, C. (2001). Roy adaptation model and perspectives on the family. *Nursing Science Quarterly*, 14(1), 10-13.
- Kaakinen, J. R., & Hanson, S. M. H. (2010). Theoretical foundation for the nursing of families. In Kaakinen, J. R., Gedaly-Duff, V., Coehlo, D. P., Hanson, S.M.H. (eds) *Family health care nursing: theory, practice and research* (4th ed). Philadelphia, FA Davis Company, (pp. 63-102).
- Leahey, M., & Svavarsdottir, E. K. (2009). Implementing family nursing: How do we translate knowledge into clinical practice? *Journal of Family Nursing*, 15(4), 445-460.
- Meiers, S. J. (2016). Using family theory to guide nursing practice. In S Denham, S Eggenberger, N Krumwiede & P Young (eds) *Family focused nursing care*. Philadelphia, F. A. Davis Company, (pp. 165-193).
- Neuman. B. (1995). *The Neuman systems model* (3rd ed.). Stanford, CT: Appleton & Lange.
- Pusa, S., Isaksson, U., & Sundin, K. (2021). Evaluation of the Implementation Process of a Family Systems Nursing Approach in Home Health Care: A Mixed-Methods Study. *Journal of Family Nursing*, 10748407211000050.
- Reed, K. S. (1993). Adapting the Neuman systems model for family nursing. *Nursing Science Quarterly*, 6(2), 93-97.
- Salopek, P., & Warner, K. (2014). Working with families: applying the nursing process. In JA Allender, C Rector & K Warner, *Community and public health nursing. Promoting public's health* (8th edition). Philadelphia, Wolters Kluwer Health | Lippincott Williams & Wilkins (pp. 584-616).
- Taylor, S. G. (1989). An interpretation of family within Orem's general theory of nursing. *Nursing Science Quarterly*, 2(3), 131-137.
- Winstead-Fry, P. (2000). Rogers' conceptual system and family nursing. *Nursing Science Quarterly*, 13(4), 278-280.

Ελληνόγλωσση Βιβλιογραφία

- Καλοκαιρινού, Α., & Σουρτζή, Π. (2005). *Κοινωνική Νοσηλευτική*. Αθήνα, Εκδόσεις Βήτα.
- Καλοκαιρινού, Α., & Αθανασοπούλου, Μ. (2009). *Νοσηλευτική της Οικογένειας*. Αθήνα, Εκδόσεις Βήτα.
- Καλοκαιρινού, Α., & Αδαμακίδου, Θ. (2014). *Κατ' οίκον νοσηλευτική φροντίδα, έννοιες, δεξιότητες, εφαρμογές*. Αθήνα, Εκδόσεις Βήτα.
- Pearson, A., Vaughan, B., & FitzGerald, M., (2011). *Νοσηλευτικά Μοντέλα για την Πρακτική*. (Επιμέλεια στην ελληνική γλώσσα Ε. Παπασταύρου), Αθήνα, Εκδόσεις ΕΛΛΗΝ.

Χρήσιμο οπτικοακουστικό και έντυπο υλικό στο διαδίκτυο

<https://www.youtube.com/watch?v=5NNw0GSUR-c>

<https://friedemm.info/index.php> Marie-Luise Friedemann, The framework of Systemic Organization, the "Congruence" Model for family treatment and the ASF-E instrument

Κριτήρια Αξιολόγησης

Κριτήριο Αξιολόγησης 1 – Μελέτη Περίπτωσης

Δίνεται το ακόλουθο σενάριο:

Η κα Χ επισκέπτεται το Κέντρο Υγείας για τον εμβολιασμό του παιδιού της, αλλά δεν εμφανίζεται στο επόμενο ραντεβού. Η κοινοτική νοσηλεύτρια προβληματίστηκε και έκανε μια κατ' οίκον επίσκεψη, δεδομένου ότι δεν μπόρεσε να επικοινωνήσει μαζί της τηλεφωνικά. Το σπίτι ήταν μικρό, ακατάστατο και βρόμικο, το μωρό έκλαιγε μέσα στο πάρκο του. Η σύζυγος έμοιαζε να μην ενδιαφέρεται για την επίσκεψη, φαινόταν να άκουγε ευγενικά αλλά δεν έλεγε τίποτα. Ανέφερε κοφτά ότι όλα ήταν καλά και το μωρό ήταν καλά, αλλά τώρα έκλαιγε γιατί έβγαζε δόντια. Ο σύζυγος ήταν οδηγός σε φορτηγό και πέρασε για λίγο από το σπίτι. Τότε συζήτησαν οι τρεις τους πόσο ακριβή είναι η ζωή για να μεγαλώσεις παιδιά. Η νοσηλεύτρια επισήμανε ότι ο εμβολιασμός είναι δωρεάν στο Κέντρο Υγείας. Το ζευγάρι συμφώνησε, ο σύζυγος έφυγε, η νοσηλεύτρια συζήτησε με τη σύζυγο τη φροντίδα του μωρού και έφυγε.

Συμβουλευόμενοι τη «Θεωρία της ανάπτυξης και του κύκλου ζωής της οικογένειας»:

1. Προσδιορίστε το στάδιο του κύκλου ζωής της συγκεκριμένης οικογένειας.
2. Συζητήστε για τις διαδικασίες που επιτελούνται μέσα στην οικογένεια.
3. Σε κάθε στάδιο του κύκλου της ζωής της οικογένειας η νέα οικογένεια επιδιώκει να διατηρήσει τη σταθερότητά της. Αναφέρετε δύο τομείς της ζωής της οικογένειας στους οποίους η νέα οικογένεια επιδιώκει τη διατήρηση της σταθερότητάς της.

Απάντηση/Λύση

1. Σύμφωνα με τον κύκλο ζωής της οικογένειας (ενότητες 1.5.3 και 5.3.2), η συγκεκριμένη οικογένεια βρίσκεται στο στάδιο της «οικογένειας με παιδιά στην πρώιμη ηλικία, όπου το μεγαλύτερο παιδί είναι νήπιο» και εστιάζει στην οικογένεια ως σύνολο.
2. Από τις παρεχόμενες πληροφορίες για την οικογένεια μπορούν να συζητηθούν διαδικασίες, όπως οι στρατηγικές αντιμετώπισης, οι ρόλοι των μελών, η ένταση ρόλων, συγκρούσεις και υπερφόρτωση ρόλων, η επικοινωνία των μελών, οι διαδικασίες λήψης αποφάσεων, οι τελετουργίες και η καθημερινότητα της οικογένειας.
3. Η αναπτυξιακή εξέλιξη της συγκεκριμένης οικογένειας στο συγκεκριμένο στάδιο του κύκλου ζωής της μπορεί να επιδιώκει τη σταθερότητα όσον αφορά την ικανοποίηση των αναγκών όλων των μελών, στη διατήρηση της συζυγικής σχέσης, στη διατήρηση της ισορροπίας με τη διευρυμένη οικογένεια η οποία συμπεριλαμβάνει τις οικογένειες καταγωγής κ.ά.

Κριτήριο Αξιολόγησης 2 – Μελέτη Περίπτωσης

Έχοντας στο μυαλό το παραπάνω σενάριο και τη Βιοοικολογική Συστημική Θεωρία, η οποία περιγράφεται στην ενότητα 3.2.4, μπορούν να συζητηθούν για τη συγκεκριμένη οικογένεια οι παράγοντες που συστήνουν το μικροσύστημα, το μεσοσύστημα, το εξωσύστημα, το μακροσύστημα και το χρονοσύστημα.

Απάντηση/Λύση

Το μικροσύστημα αφορά άτομα και συστήματα με τα οποία το άτομο / η οικογένεια αλληλοεπιδρά σε καθημερινή βάση. Επομένως, πρέπει να αναζητηθούν πρόσωπα και συστήματα από το σπίτι, τη γειτονιά, την εργασία, στο σύστημα υγείας, στους κοντινούς φίλους, τους συγγενείς και να διερευνηθεί η επίδραση και υποστήριξη που μπορούν να έχουν σε κάθε μέλος της οικογένειας

Το μεσοσύστημα αφορά άτομα και συστήματα με τα οποία το άτομο / η οικογένεια αλληλεπιδρά τακτικά, αλλά όχι σε καθημερινή βάση. Επομένως, πρέπει να αναζητηθούν πρόσωπα και συστήματα, όπως ο κοινοτικός

νοσηλευτής, τα μέλη της εκκλησίας που έχουν αναλάβει το φιλανθρωπικό έργο, το φαρμακείο, ο σύλλογος για την υποστήριξη των νέων οικογενειών κ.ά. και να διερευνηθεί η επίδραση και η υποστήριξη που μπορούν να έχουν σε κάθε μέλος της οικογένειας.

Το εξωσύστημα αφορά εξωτερικά περιβάλλοντα τα οποία επηρεάζουν έμμεσα την οικογένεια και τα μέλη της, καθώς το άτομο ενδέχεται να μην συμμετέχει σε ένα τέτοιο περιβάλλον. Επομένως, πρέπει να αναζητηθούν πρόσωπα και συστήματα, όπως η εργασία του γονέα (ωράριο, μισθός, άγχος, ταξίδια κ.ά.), η οποία επηρεάζει έμμεσα τη ζωή της οικογένειας και των μελών της, η συμμετοχή του γονέα στις ενέργειες κάποιας λέσχης (π.χ. χαρτοπαικτικής, αθλητικής) και να διερευνηθεί η επίδραση και η υποστήριξη που μπορούν να έχουν σε κάθε μέλος της οικογένειας.

Το μακροσύστημα αφορά την αλληλεπίδραση του ατόμου-μέλους της οικογένειας και της οικογένειας με το πολιτισμικό περιβάλλον (στάσεις απόψεις, ιδεολογίες) των συστημάτων και υποσυστημάτων μέσα στα οποία δραστηριοποιείται (κοινωνική τάξη, νομοθεσία, εθνικότητα κ.ά.). Για παράδειγμα, οι περιπτώσεις που η οικογένεια είναι μετανάστες στην Ελλάδα και ο τρόπος που το μακροσύστημα επηρεάζει την καθημερινότητά τους.

Το χρονοσύστημα αφορά περιβάλλοντα τα οποία υφίστανται αλλαγές στο πέρασμα του χρόνου και μπορούν να επηρεάσουν τα μέλη και την οικογένεια ως σύνολο (αλλαγές στο άτομο ή το περιβάλλον, κοινωνικό-ιστορικές συνθήκες όπως πόλεμος ή μια πανδημία, σημαντικά γεγονότα, θάνατος αγαπημένου προσώπου, διαζύγιο κ.ά.). Επομένως, πρέπει να αναζητηθούν οι περιβαλλοντικές συνθήκες π.χ. της πανδημίας covid-19 και να διερευνηθεί η επίδραση που είχαν σε κάθε μέλος της οικογένειας.

Κεφάλαιο 4 Νοσηλευτική Διεργασία στη Νοσηλευτική της Οικογένειας

Σύνοψη

Το παρόν κεφάλαιο έχει σκοπό να παρουσιάσει με συστηματικό τρόπο την εφαρμογή του τρόπου σκέψης των νοσηλευτών στη φροντίδα υγείας της οικογένειας, δηλαδή της νοσηλευτικής διεργασίας, για τη διερεύνηση των προβλημάτων και αναγκών της οικογένειας, τον σχεδιασμό και την εφαρμογή των παρεμβάσεων και την εκτίμηση των αποτελεσμάτων των νοσηλευτικών παρεμβάσεων. Παρουσιάζονται μέθοδοι όπως το γενόγραμμα και ο οικοχάρτης και εργαλεία τα οποία χρησιμοποιούνται για την αξιολόγηση της υγείας της οικογένειας, όπως επίσης και το σύστημα ταξινόμησης Omaha, με παραδείγματα για την καλύτερη κατανόησή τους.

Προαπαιτούμενη γνώση

Πολύ καλή γνώση των εννοιών και των θεμάτων των Κεφαλαίων 1 και 2 του συγγράμματος και πολύ καλή γνώση θεμελιωδών αρχών της νοσηλευτικής και της νοσηλευτικής διεργασίας.

Γλωσσάριο επιστημονικών όρων

Αξιολόγηση της οικογένειας από τον νοσηλευτή	Νοσηλευτική παρέμβαση στην οικογένεια
Γενόγραμμα (genogram)	Οικοχάρτης (ecomap)
Διεπιστημονική ομάδα	Σύστημα ταξινόμησης Omaha
Εκτίμηση αποτελεσμάτων των παρεμβάσεων	Σχέδιο φροντίδας της υγείας της οικογένειας
Εργαλεία αξιολόγησης της οικογένειας	Τεκμηρίωση και καταγραφή της νοσηλευτικής φροντίδας
Νοσηλευτική διάγνωση	
Νοσηλευτική διεργασία	

Εισαγωγή

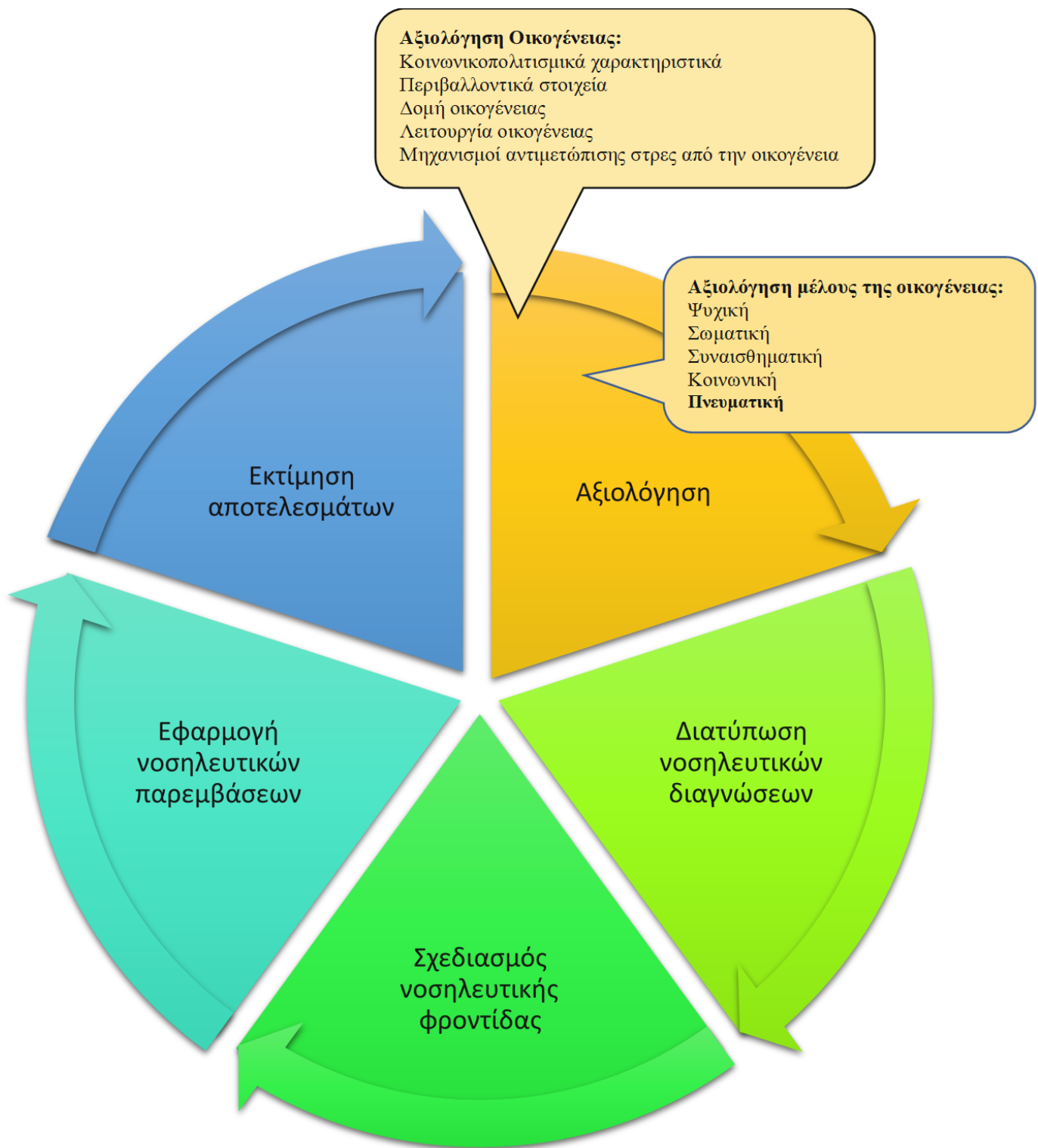
Σύμφωνα με τον American Nurses Association, οι νοσηλευτές είναι υπεύθυνοι για «τη διάγνωση και τη θεραπεία των ανθρώπινων αντιδράσεων σε πραγματικά ή δυνητικά προβλήματα υγείας» και ως ικανοί και ανεξάρτητοι επαγγελματίες συνεργάζονται με άλλους επαγγελματίες υγείας για τον σχεδιασμό και την παροχή ολιστικής φροντίδας υγείας. Η άσκηση της νοσηλευτικής γίνεται όλο και πολυπλοκότερη και οι νοσηλευτές άρχισαν να μελετούν τη διεργασία της τόσο για να την κατανοήσουν, αλλά και για να βελτιώσουν τα μέσα που χρησιμοποιούν για να εκπληρώσουν τους σκοπούς τους. Συνολικά υπάρχουν 13 συστήματα ορολογίας που υποστηρίζουν την κλινική πρακτική, εκ των οποίων άλλα εφαρμόζονται μόνο από νοσηλευτές και άλλα μπορούν να χρησιμοποιηθούν και από άλλους επαγγελματίες υγείας.

Η *Νοσηλευτική Διεργασία* είναι ο επιστημονικός τρόπος σκέψης των νοσηλευτών, είναι η οργάνωση του πλαισίου για την κλινική πρακτική της νοσηλευτικής, είναι η εφαρμογή επιστημονικών μεθόδων για τον προσδιορισμό των αναγκών υγείας των ατόμων/οικογενειών/κοινοτήτων και τον προσδιορισμό των καλύτερων δυνατών παρεμβάσεων για την ικανοποίηση των αναγκών υγείας. Η νοσηλευτική διεργασία περιλαμβάνει τα ακόλουθα βήματα:

- *Νοσηλευτική Αξιολόγηση.* Συλλέγονται αντικειμενικά δεδομένα (μετρήσεις, παρατηρήσεις, δεδομένα που συλλέγονται με τις αισθήσεις, τη φυσική εξέταση, συμβουλευτικές γνωματεύσεις κ.ά.) και υποκειμενικά δεδομένα (λεγόμενα του ασθενούς) σχετικά με την οργανική, ψυχική, κοινωνική, πνευματική κατάσταση του ατόμου / της οικογένειας.

- *Νοσηλευτική Διάγνωση.* Ακολουθεί τη συλλογή των δεδομένων και αφορά την αναγνώριση των υπαρκτών και δυνητικών προβλημάτων, των παραγόντων που τα προκαλούν και αφορούν ανάγκες και προβλήματα τα οποία οι νοσηλευτές μπορούν να αντιμετωπίσουν αυτόνομα. Διαφοροποιείται από την ιατρική διάγνωση.
- *Σχεδιασμός νοσηλευτικής φροντίδας.* Προσδιορίζεται ο σκοπός / η έκβαση και σχεδιάζονται οι παρεμβάσεις για τη συγκεκριμένη νοσηλευτική διάγνωση.
- *Εφαρμογή των νοσηλευτικών παρεμβάσεων.* Σχέδιο φροντίδας για την επίτευξη των σκοπών που τέθηκαν στο προηγούμενο στάδιο.
- *Εκτίμηση αποτελεσμάτων.* Αξιολογούνται τα αποτελέσματα της νοσηλευτικής φροντίδας για τον προσδιορισμό του βαθμού επίτευξης των σκοπών/εκβάσεων (Πίνακας 4.1, Σχήμα 4.1).

Η νοσηλευτική διεργασία μπορεί να αφορά το άτομο, την οικογένεια, την κοινότητα. Στη συνεργασία με την οικογένεια κάθε βήμα είτε εφαρμόζεται σε κάποιο μέλος της οικογένειας είτε στην οικογένεια ως σύνολο απαιτεί να είναι μια προσέγγιση σκόπιμη και η διαδικασία να ακολουθεί συλλογιστική και στοχαστική πορεία.



Σχήμα 4.1 Εφαρμογή της Νοσηλευτικής Διεργασίας για την οικογένεια και το άτομο.

Πίνακας 4.1 Συνοπτική περιγραφή των σταδίων της νοσηλευτικής διεργασίας, του σκοπού του κάθε σταδίου και των ενεργειών που διενεργούνται σε κάθε στάδιο.

Στάδιο της Νοσηλευτικής Διεργασίας	Σκοπός	Ενέργειες που διενεργούνται
<p>Αξιολόγηση</p> <ul style="list-style-type: none"> • Συλλογή • Οργάνωση • Αξιολόγηση • Ταξινόμηση • Καταγραφή και Ανάλυση των δεδομένων του πελάτη* 	<p>Διερεύνηση και προσδιορισμός:</p> <ul style="list-style-type: none"> • της κατάστασης της υγείας του πελάτη • της ικανότητας του ατόμου να διαχειριστεί τις ανάγκες του για φροντίδα υγείας • της ανάγκης του ατόμου για νοσηλευτική φροντίδα <p>Δημιουργία βάσης δεδομένων με πληροφορίες σχετικά με την ανταπόκριση του ατόμου στην υγεία και στην ασθένεια</p>	<p>Συστηματική συλλογή πληροφοριών (δεδομένων):</p> <ul style="list-style-type: none"> • Αντικειμενικά δεδομένα (μετρήσιμα) • Υποκειμενικά δεδομένα (μη μετρήσιμα) • Νοσηλευτικό ιστορικό • Φυσική εξέταση, άλλες εξετάσεις • Συνέντευξη • Παρατήρηση • Επικοινωνία • Ανασκόπηση φακέλου υγείας • Ανασκόπηση νοσηλευτικής βιβλιογραφίας <p>Πηγές αξιολόγησης:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Πρωταρχική: άτομο • Δευτερεύουσες: οικογένεια, συγγενείς, φίλοι, αρχείο ατόμου, ιατρικό ιστορικό, άλλοι επαγγελματίες υγείας κ.ά. <p>Αξιολόγηση :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Σωματικής υγείας • Ψυχικής υγείας • Κοινωνικής υγείας • Πνευματικής υγείας • Ανάγκες για: αυτοφροντίδα, κάλυψη αναγκών, επίλυση προβλημάτων <p>Οργάνωση των δεδομένων</p> <p>Έλεγχος εγκυρότητας των δεδομένων</p> <p>Επικοινωνία και καταγραφή των δεδομένων</p>
<p>Νοσηλευτική Διάγνωση</p> <p>Ταξινόμηση, Ανάλυση και σύνθεση των δεδομένων</p> <p>Προσδιορισμός των προβλημάτων</p> <p>Διατύπωση της νοσηλευτικής διάγνωσης</p>	<p>Προσδιορισμός των δυνητικών και υπαρκτών προβλημάτων υγείας τα οποία μπορούν να προληφθούν ή να αντιμετωπιστούν με ανεξάρτητες ή συνεργατικές νοσηλευτικές παρεμβάσεις.</p> <p>Ανάπτυξη λίστας νοσηλευτικών διαγνώσεων</p>	<p>Διασαφήνιση και ανάλυση των δεδομένων</p> <p>Προσδιορισμός δυνατοτήτων του πελάτη, των κινδύνων και προβλημάτων</p> <p>Διατύπωση νοσηλευτικής διάγνωσης:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Διάγνωση για υπαρκτό πρόβλημα • Διάγνωση κινδύνου • Διάγνωση για πιθανό πρόβλημα • Διάγνωση καλής κατάστασης υγείας ή προαγωγής υγείας

Στάδιο της Νοσηλευτικής Διεργασίας	Σκοπός	Ενέργειες που διενεργούνται
<p>Σχεδιασμός/Σκοπός/Εκβάσεις</p> <p>Προσδιορισμός των τρόπων με τους οποίους:</p> <ul style="list-style-type: none"> • θα προληφθούν ή θα μειωθούν ή θα επιλυθούν τα προβλήματα του πελάτη που διατυπώθηκαν ως νοσηλευτικές διαγνώσεις • θα υποστηριχτούν τα δυνατά σημεία, οι δυνάμεις του πελάτη • θα εφαρμοστούν οι νοσηλευτικές παρεμβάσεις με έναν οργανωμένο και εξατομικευμένο τρόπο και με βάση τους προσδιορισμένους σκοπούς. 	<p>Ανάπτυξη ενός εξατομικευμένου σχεδίου φροντίδας που προσδιορίζει τους σκοπούς / τα επιθυμητά αποτελέσματα του πελάτη και τις σχετικές νοσηλευτικές παρεμβάσεις.</p> <p>Η δήλωση των εκβάσεων/αποτελεσμάτων πρέπει να έχει επίκεντρο τον πελάτη και να είναι συγκεκριμένη και μετρήσιμη.</p>	<p>Τίθενται προτεραιότητες και καταγράφονται οι σκοποί/εκβάσεις σε συνεργασία με τον πελάτη</p> <p>Σκοποί: βραχυπρόθεσμοι και μακροπρόθεσμοι</p> <p>Καθορίζεται και τεκμηριώνεται το σχέδιο φροντίδας</p> <p>Επικοινωνία του σχεδίου φροντίδας με τα μέλη της ομάδας</p>
<p>Εφαρμογή</p> <p>Εφαρμογή των νοσηλευτικών παρεμβάσεων που σχεδιάστηκαν</p>	<p>Βοήθεια στον πελάτη:</p> <ul style="list-style-type: none"> • να επιτύχει τους επιθυμητούς στόχους/αποτελέσματα • να προαγάγει την ευεξία και την υγεία του • να αποκαταστήσει την υγεία του • να αντιμετωπίσει και να προσαρμοστεί σε μεταβολές της λειτουργίας του οργανισμού του. 	<p>Επιλογή νοσηλευτικών παρεμβάσεων</p> <p>Προσδιορισμός της ανάγκης για νοσηλευτική φροντίδα</p> <p>Διεξαγωγή των προγραμματισμένων νοσηλευτικών παρεμβάσεων ή ανάθεση της ευθύνης για τη φροντίδα</p> <p>Επικοινωνία των νοσηλευτικών παρεμβάσεων που διενεργήθηκαν:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Καταγραφή παρεμβάσεων και της απάντησης του πελάτη σε αυτές • Προφορική ενημέρωση εάν χρειάζεται • Συνεργασία με τα μέλη της ομάδας
<p>Εκτίμηση των αποτελεσμάτων</p> <p>Μέτρηση του βαθμού στον οποίο επιτεύχθηκαν οι στόχοι/αποτελέσματα</p> <p>Προσδιορισμός των παραγόντων που επηρεάζουν θετικά ή αρνητικά την επίτευξη του στόχου</p>	<p>Προσδιορισμός εάν:</p> <ul style="list-style-type: none"> • θα συνεχιστεί • θα τροποποιηθεί ή • έχει ολοκληρωθεί το σχέδιο φροντίδας 	<p>Επικοινωνία και συνεργασία με τον πελάτη για τον προσδιορισμό των εκβάσεων/αποτελεσμάτων</p> <p>Προσδιορισμός εάν οι σκοποί/εκβάσεις επιτεύχθηκαν και σε ποιον βαθμό</p> <p>Εάν δεν επιτεύχθηκαν οι σκοποί/εκβάσεις, αξιολόγηση των:</p>

Στάδιο της Νοσηλευτικής Διεργασίας	Σκοπός	Ενέργειες που διενεργούνται
		<ul style="list-style-type: none"> • Δεδομένων: εάν ήταν επαρκή και ακριβή • Διαγνώσεων: εάν τα δεδομένα αναλύθηκαν επαρκώς • Αιτιολογιών: εάν ήταν ακριβείς • Εκβάσεων: εάν ήταν ασθενοκεντρικές, μετρήσιμες και ρεαλιστικές • Παρεμβάσεων: εάν ήταν ρεαλιστικές και επιτεύξιμες • Τροποποίηση του σχεδίου φροντίδας όπως απαιτείται
<p>* Σκόπιμα χρησιμοποιείται ο όρος «πελάτης», διότι η νοσηλευτική διεργασία μπορεί να εφαρμοστεί για το άτομο (ασθενή ή υγιή), την οικογένεια, μια ομάδα, μια κοινότητα.</p>		

4.1 Αξιολόγηση της οικογένειας

Η νοσηλευτική αξιολόγηση είναι το πρώτο στάδιο της νοσηλευτικής διεργασίας και αφορά τη συστηματική και συνεχή συλλογή δεδομένων σχετικά με το άτομο / την οικογένεια, την επιβεβαίωση της εγκυρότητάς τους και τη διανομή τους σε άλλους επαγγελματίες υγείας. Η αξιολόγηση περιλαμβάνει την αξιολόγηση κάθε μέλους χωριστά, την αξιολόγηση των υποσυστημάτων της οικογένειας και την αξιολόγησή της ως σύνολο (Σχήμα 4.1). Αξιολόγηση της οικογένειας, συνοπτικά, σημαίνει τη συλλογή πληροφοριών από πολλές πηγές για τη δημιουργία συνολικής εικόνας για το πρόβλημα της οικογένειας.

- Συλλογή δεδομένων – Τι;
 - Πηγές δεδομένων – Από πού;
 - Μέθοδοι συλλογής δεδομένων – Πώς;
1. *Αξιολόγηση του τρόπου με τον οποίο η κατάσταση της υγείας επιδρά στο κάθε μέλος της οικογένειας ξεχωριστά και στην οικογένεια συνολικά, στη λειτουργικότητά της και στον τρόπο διαχείρισης του θέματος υγείας. Το θεωρητικό υπόβαθρο που υιοθετεί ο νοσηλευτής για την προσέγγιση της οικογένειας θα καθορίσει και τον τρόπο συλλογής των δεδομένων.*
 2. *Συλλογή των στοιχείων: α) Τι είδους; Από ποιους; Πού συντελείται η συνάντηση (χώρος); β) Υποκειμενικά (αναφορές της οικογένειας) και αντικειμενικά στοιχεία που συλλέγονται με την παρατήρηση (π.χ. κατάσταση σπιτιού), την εξέταση και την αναφορά άλλων επαγγελματιών υγείας. Όλα τα συλλεχθέντα στοιχεία θα αποτελέσουν δεδομένα προς αξιολόγηση και θα δείξουν τον κατάλληλο τρόπο παρέμβασης στον οποίο θα προβεί ο οικογενειακός νοσηλευτής προκειμένου να παρέχει την αρμόζουσα βοήθεια/φροντίδα στη συγκεκριμένη οικογένεια.*
 3. *Προσδιορισμός αιτίας παραπομπής της οικογένειας στον οικογενειακό νοσηλευτή.*
 4. *Συνάντηση με την οικογένεια: Ποιες πληροφορίες συλλέγονται, θεραπευτική επικοινωνία, συνέντευξη. Στη συνάντηση με την οικογένεια ο οικογενειακός νοσηλευτής συστήνει τον εαυτό του, προσδιορίζει τον σκοπό της συνάντησης, επιδιώκει να είναι αντικειμενικός, προσφέρει επιλογές και ευελιξία στον προσδιορισμό του ραντεβού, χρησιμοποιεί μεταφραστική ή διαμεσολαβητή σε περίπτωση πολιτισμικής και γλωσσικής διαφορετικότητας.*
 - *Προσδιορίζονται οι ανάγκες της οικογένειας (Ερωτήσεις που ξεκινούν με «Τι;», Τι είδους βοήθεια χρειάζεται η οικογένεια;).*
 - *Προσδιορίζεται το στίλ της οικογένειας (Ερωτήσεις που ξεκινούν με «Πώς;». Πώς, συνήθως, π.χ. διαχειρίζεται η οικογένεια τις κρίσεις άσθματος του μικρού αδερφού;).*

- Προσδιορίζεται η λειτουργικότητα της οικογένειας (*Σε ποιον βαθμό επιτεύχθηκαν οι στόχοι; Ποια η πιθανότητα για αλλαγή;*).
 - Προσδιορίζονται οι στόχοι της φροντίδας (*Ποιος εμπλέκεται στη φροντίδα; Ποια είναι τα μέλη που επιβαρύνθηκαν περισσότερο και χρειάζονται βοήθεια;*).
 - Προσδιορίζεται η συνεισφορά του νοσηλευτή (*Τι μπορώ να κάνω ως νοσηλευτής για εσάς;*).
 - Τίθενται οι προτεραιότητες στις ανάγκες που προσδιορίστηκαν (*Ποιο είναι το πιο σημαντικό;*).
5. *Επιλογή των κατάλληλων εργαλείων αξιολόγησης της οικογένειας.* Αναφέρεται στη βιβλιογραφία ότι διατίθενται περισσότερα από 1.000 εργαλεία αξιολόγησης της οικογένειας. Ενδεικτικά, μερικά από αυτά αναφέρονται στον Πίνακα 4.2. Ο οικογενειακός νοσηλευτής επιλέγει το κατάλληλο εργαλείο ανάλογα με το μέγεθος / τα δεδομένα που επιθυμεί να μετρήσει και λαμβάνοντας υπόψη ότι υπάρχει η ποιοτική και ποσοτική μέθοδος αξιολόγησης. Παρακάτω αναφέρονται εργαλεία που χρησιμοποιούνται στην αξιολόγηση της οικογένειας, όπως το Family System Stressor - Strength Inventory (FS³I), το οποίο παρέχει ποιοτικά και ποσοτικά δεδομένα για τους παράγοντες που προκαλούν στρες, τα δυνατά σημεία της οικογένειας και τις στρατηγικές παρέμβασης, το Patient/Parent Information and Involvement Assessment Tool (PINT) για την αξιολόγηση της συμμετοχής στη λήψη αποφάσεων αλλά και το σύντομο για μια περιληπτική αξιολόγηση της οικογένειας, το οποίο αναπτύχθηκε στο Ηνωμένο Βασίλειο, «Μια εικόνα για την υγεία της οικογένειά σας» (Πίνακας 4.5).
6. Γενόγραμμα και οικοχάρτης της οικογένειας.
7. Καταγραφή των δεδομένων.

Πίνακας 4.2 Ενδεικτικά εργαλεία για την αξιολόγηση της οικογένειας.

<ul style="list-style-type: none"> • Brother-sister Questionnaire • Family adaptation model • Family assessment checklist • Family distress index • Family functioning questionnaire • Interparental conflict scale • North California family assessment scale 	<ul style="list-style-type: none"> • Assessment of strategies in families Effectiveness • Childhood level of living scale • Family assessment form • Family functioning index • Family impact questionnaire • Mothers' activity checklist 	<ul style="list-style-type: none"> • Parenting stress inventory • Global family interaction scale • Family strengths scale • Family environmental scale • Physical abuse and psychological abuse
---	---	---

4.1.1 Βασικές αρχές για την αξιολόγηση της οικογένειας

Η αξιολόγηση της υγείας της οικογένειας θα διενεργηθεί με μεγαλύτερη ακρίβεια όταν ο οικογενειακός νοσηλευτής ακολουθεί και εφαρμόζει τις ορθές πρακτικές και εργαλεία για την αξιολόγηση της οικογένειας σε κάθε επαφή μαζί της. Συγκεκριμένα, συμβουλές για την αξιολόγηση της οικογένειας είναι:

- Εστίαση στην οικογένεια ως μονάδα:
 - Η υγεία της οικογένειας είναι μεγαλύτερη από το άθροισμα της υγείας των μελών της.
 - Για την αξιολόγηση της υγείας της οικογένειας, ο νοσηλευτής πρέπει να θεωρήσει την οικογένεια ενιαία οντότητα και να αξιολογήσει τη συνολική συμπεριφορά της.
 - Εάν η ατομική συμπεριφορά αποκλίνει από τη συνολική, ο νοσηλευτής επισημαίνει τις διαφορές, τον τρόπο που επηρεάζουν το σύνολο, και σχεδιάζει ανάλογα τις παρεμβάσεις.
- Διενέργεια στοχευμένων ερωτήσεων:
 - Ο νοσηλευτής, για να προσδιορίσει την υγεία της οικογένειας, πρέπει να κάνει συγκεκριμένες και στοχευμένες ερωτήσεις. Για παράδειγμα: *Το παιδί έχει διάρροια: Η οικογένεια αναλαμβάνει την ευθύνη να αντιμετωπίσει το πρόβλημα; Ποιους τρόπους προτείνει για αντιμετώπιση; Πώς ανταποκρίνεται στις συστάσεις από τους νοσηλευτές; Αναζητούν πληροφόρηση; Από ποιους;*
- Συνεχής συλλογή δεδομένων:

- Απαιτείται χρόνος για την παρατήρηση, τη συλλογή πληροφοριών, την καταγραφή.
- Παρατήρηση της οικογένειας ως ομάδας (π.χ. πρωινό, κοινή δραστηριότητα).
- Οι πρώτες επισκέψεις δίνουν μόνο μερική εικόνα του τρόπου που λειτουργεί η οικογένεια.
- Συνδυασμός ποσοτικών και ποιοτικών δεδομένων:
 - Ποιοτική ανάλυση: η παρουσία ή απουσία συγκεκριμένων χαρακτηριστικών.
 - Ποσοτική ανάλυση: ο βαθμός, η ένταση στην οποία εμφανίζεται ένα χαρακτηριστικό.
 - Αν η οικογένεια εμφανίζει ή όχι μια συγκεκριμένη συμπεριφορά και πόσο συχνά.
- Εφαρμογή επαγγελματικής κρίσης:
 - Εφαρμογή επαγγελματικής σκέψης και κρίσης καθ' όλη τη διάρκεια της αξιολόγησης και επικοινωνίας.
 - Αναζήτηση εγκυρότητας.
 - Επίγνωση της υποκειμενικότητας των εργαλείων.
 - Τα εργαλεία πρέπει να καθοδηγούν τον σχεδιασμό και να μην θεωρούνται απόλυτα και αμετάκλητα ως τα μοναδικά ενδεδειγμένα για την υγεία της συγκεκριμένης οικογένειας.

4.1.2 Μέθοδοι και εργαλεία αξιολόγησης της οικογένειας

Η αξιολόγηση της υγείας της οικογένειας αφορά χαρακτηριστικά της οικογένειας, συμπεριλαμβανομένης της δομής και της δράσης της και το οικογενειακό και ευρύτερο κοινωνικό περιβάλλον (π.χ. κατοικία, κοινότητα, γειτονιά). Όλες οι διαστάσεις της αξιολόγησης της οικογένειας δεν είναι κατάλληλες για κάθε οικογένεια. Ο νοσηλευτής καλείται να εξατομικεύσει την αξιολόγηση των διαστάσεων και να τροποποιήσει το περιεχόμενο ανάλογα με το πρόβλημα της εκάστοτε οικογένειας.

Η αξιολόγηση, ανάλογα με τη μέθοδο και το εργαλείο αξιολόγησης, μπορεί να γίνει με την επικοινωνία του οικογενειακού νοσηλευτή με ένα ή περισσότερα μέλη της οικογένειας, με ομαδικές ή ατομικές συνεντεύξεις, ενώ πληροφορίες συγκεντρώνονται και με την άμεση παρατήρηση του περιβάλλοντος διαβίωσης.

4.1.2.1 Μέθοδοι αξιολόγησης της οικογένειας

Το γενόγραμμα και ο οικοχάρτης είναι μέθοδοι αξιολόγησης της οικογένειας. Σκιαγραφούν τη δομή της οικογένειας, οι πληροφορίες καθοδηγούν το πλάνο φροντίδας και την επιλογή των κατάλληλων παρεμβάσεων από τους επαγγελματίες υγείας, ενώ η οικογένεια μπορεί να διαπιστώσει και μόνη της οπτικά τη ροή ενέργειας για τη διαχείριση της κατάστασης, και αυτό αποτελεί ένα είδος θεραπευτικής παρέμβασης.

Γενόγραμμα (genogram)

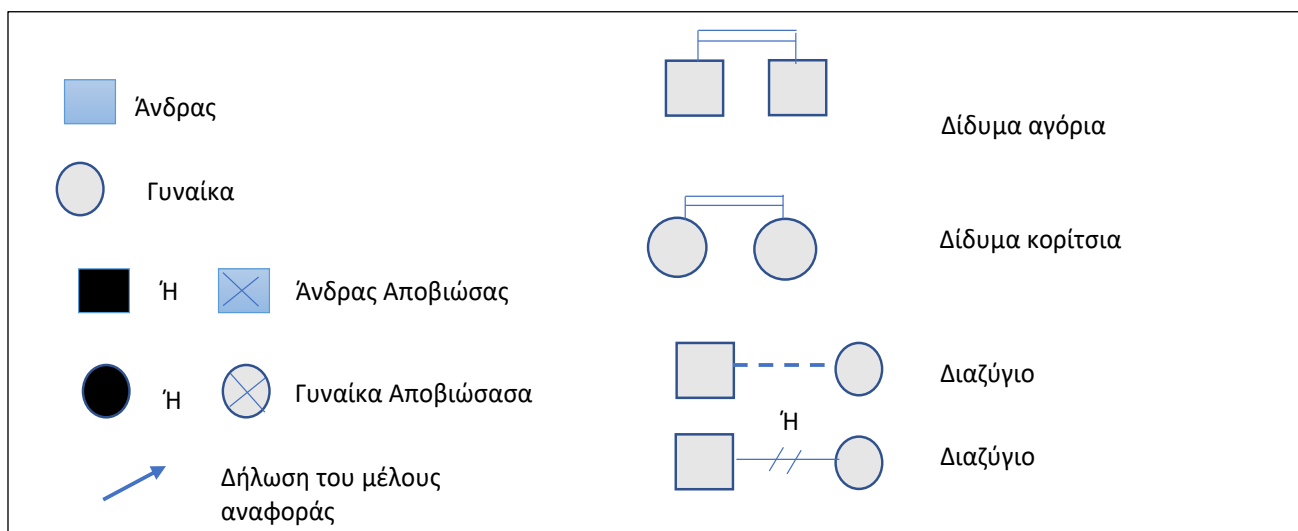
Πρόκειται για τη σχηματική απεικόνιση του γενεαλογικού δέντρου της οικογένειας για 3 γενιές οικογενειών. Συμπληρώνεται στην πρώτη επίσκεψη του οικογενειακού νοσηλευτή. Απεικονίζονται τα μέλη της οικογένειας, ποιο είναι το πρόσωπο με το πρόβλημα υγείας, ποια είναι τα άτομα που ζουν με την οικογένεια, προσδιορίζει τις σχέσεις μεταξύ των μελών, παρέχει πληροφορίες για το φύλο, την ηλικία, το σωστό όνομα, τα προβλήματα υγείας, την εργασία, τις ημερομηνίες σημαντικών γεγονότων, όπως γάμος, διαζύγιο, θάνατος. Συμπληρώνεται στην πορεία του χρόνου και ακολουθεί τις αλλαγές που συμβαίνουν στην οικογένεια, όπως π.χ. η γέννηση ενός παιδιού. Ενδεικτικά, βασικά σύμβολα για τη συμπλήρωση του γενογράμματος παρουσιάζονται στο Σχήμα 4.2α. Τα βήματα για τη συμπλήρωση του γενογράμματος είναι:

- προσδιορισμός της άμεσης οικογένειας,
- προσδιορισμός των ατόμων με πρόβλημα υγείας,
- προσδιορισμός όλων των ατόμων που ζουν με την οικογένεια,
- καθορισμός των μεταξύ τους σχέσεων,
- προσδιορισμός για κάθε μέλος της συγκεκριμένης οικογένειας: του ονόματος, του φύλου, της ηλικίας, του προβλήματος υγείας, της εργασίας, των ημερομηνιών σχέσεων, γάμου, διαζυγίου, των ημερομηνιών και ηλικιών θανάτου,
- ανάλογες πληροφορίες για 3 γενιές,
- αλλη σημαντική πληροφορία (τόπος κατοικίας και σχέση με αυτόν, π.χ. ποιος είναι ο τόπος καταγωγής).

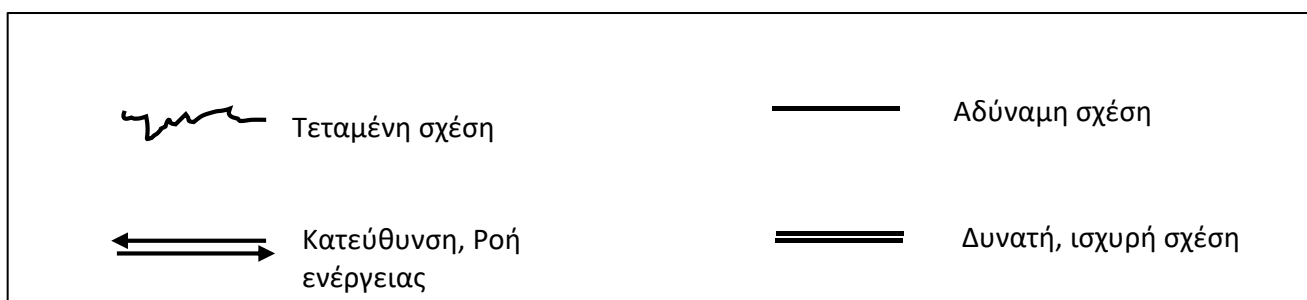
Οικοχάρτης (ecomap)

Ο οικοχάρτης παρέχει πληροφορίες για τα συστήματα έξω από την οικογένεια, τα οποία μπορεί να είναι πηγές υποστήριξης ή στρεσογόνοι παράγοντες. Πρόκειται για τη σχηματική απεικόνιση των σχέσεων της οικογένειας με την ευρύτερη κοινότητα (άτομα, ομάδες, οργανισμοί), η οποία παρέχει σημαντική βοήθεια στον προσδιορισμό των στόχων, στο σχέδιο φροντίδας, και επιτρέπει την αξιολόγηση των διαθέσιμων δικτύων κοινωνικής υποστήριξης.

Στο κέντρο του οικοχάρτη τοποθετείται το γενόγραμμα της βασικής οικογένειας και περικυκλικά μικρότεροι κύκλοι με πρόσωπα, συλλόγους, οργανισμούς με τους οποίους αλληλεπιδρά η οικογένεια. Γραμμές ενώνουν την οικογένεια με τις άλλες δομές, υποδεικνύοντας τη φύση και την ποιότητα των σχέσεων και τη ροή ενέργειας (Σχήμα 4.2β). Χαρακτηριστικό του οικοχάρτη είναι ο δυναμικός του χαρακτήρας, δηλαδή αποτυπώνει τις σχέσεις της οικογένειας, την παρουσία ή απουσία συγκεκριμένων πόρων (οικονομικών, κοινωνικών, πολιτισμικών κ.ά.) τη δεδομένη χρονική στιγμή του κύκλου της ζωής της οικογένειας και μπορεί να αλλάξει στο πέρασμα του χρόνου.



Σχήμα 4.2α Βασικά σύμβολα του γενόγραμματος.



Σχήμα 4.2β Βασικά σύμβολα του οικοχάρτη.

4.1.2.2 Εργαλεία αξιολόγησης της υγείας της οικογένειας

Οι επαγγελματίες υγείας που ασχολούνται με την οικογένεια, όπως κοινωνιολόγοι, ψυχολόγοι, νοσηλευτές, κοινωνικοί λειτουργοί, έχουν αναπτύξει διάφορα εργαλεία/ερωτηματολόγια αξιολόγησης συγκεκριμένων διαστάσεων της οικογένειας, όπως η συζυγική επικοινωνία, οι γονεϊκές ικανότητες, η δυσλειτουργία της οικογένειας, οι σχέσεις μεταξύ των μελών, η ασφάλεια του σπιτιού, η ποιότητα ζωής των μελών κ.ά.

Κριτήρια για την επιλογή του κατάλληλου εργαλείου είναι:

- αξιολόγηση του μεγέθους/είδους δεδομένων που επιθυμεί ο επαγγελματίας υγείας να μελετήσει,
- απλή/κατανοητή γλώσσα,
- ο χρόνος που απαιτείται για να συμπληρωθεί,
- εύκολη επεξεργασία – εύρεση score,
- ελεγμένη εγκυρότητα και αξιοπιστία,
- ο τρόπος συλλογής των δεδομένων (συνέντευξη, ερωτηματολόγιο, ημερολόγιο κ.ά.),
- η κόπωση του συμμετέχοντος που σχετίζεται με τον χρόνο για τη συμπλήρωση του ερωτηματολογίου,
- το βάθος και το εύρος των ζητημάτων/θεμάτων που καλύπτει το εργαλείο αξιολόγησης,
- η δυνατότητα άθροισης ή διαχωρισμού των δεδομένων,
- το είδος των απαντήσεων (κατηγορική ή απλή αναλογική),
- να μένουν οι ερωτήσεις του εργαλείου αξιολόγησης ανεπηρέαστες στον χρόνο και το περιεχόμενο της έρευνας,
- γενικότερα, η ευαισθησία και η ειδικότητα του εργαλείου αξιολόγησης.

Η αξιολόγηση μπορεί να γίνει:

A) Με ερωτήσεις που βασίζονται σε χαρακτηριστικά της υγιούς οικογένειας, εστιάζοντας στα ακόλουθα χαρακτηριστικά (Salopek & Warner, 2014):

- Στη διευκόλυνση της αλληλεπίδρασης των μελών: Υπάρχει συχνή επικοινωνία μεταξύ των μελών; Επιλύονται οι συγκρούσεις; Οι σχέσεις των μελών είναι υποστηρικτικές; Επιδεικνύεται αγάπη και φροντίδα μεταξύ των μελών; Τα μέλη της οικογένειας ενεργούν συνεργατικά;
- Στην προαγωγή της ατομικής ανάπτυξης: Η οικογένεια ανταποκρίνεται κατάλληλα στις αναπτυξιακές ανάγκες των μελών; Ανέχεται η οικογένεια τη διαφωνία; Αποδέχεται τα μέλη όπως αυτά είναι; Προάγει την αυτονομία των μελών;
- Στην αποτελεσματική δομή των σχέσεων: Η λήψη αποφάσεων γίνεται από τα κατάλληλα μέλη; Οι ρόλοι των μελών ανταποκρίνονται στις ανάγκες της οικογένειας; Υπάρχει ευελιξία στην κατανομή των καθηκόντων; Ασκείται ο κατάλληλος έλεγχος ανάλογα με το αναπτυξιακό στάδιο στο οποίο βρίσκεται η οικογένεια/τα μέλη της;
- Στην προσπάθεια για την ενεργό αντιμετώπιση των καταστάσεων: Κατανοεί η οικογένεια πότε είναι καιρός για αλλαγή; Είναι δεκτική στις νέες ιδέες; Αναζητά υποστηρικτικές πηγές; Χρησιμοποιεί σωστά τις υποστηρικτικές πηγές; Επιλύει δημιουργικά τα προβλήματα;
- Στην επιλογή υγιούς τρόπου ζωής και περιβάλλοντος: Ο τρόπος ζωής της οικογένειας προάγει την υγεία; Οι συνθήκες διαβίωσης είναι ασφαλείς και υγιεινές; Το συναισθηματικό κλίμα προάγει την υγεία; Χρησιμοποιούν τα μέλη μέτρα αξιολόγησης της υγείας τους;
- Στη διασύνδεση της οικογένειας με την ευρύτερη κοινότητα: Εμπλέκεται η οικογένεια σε δράσεις της κοινότητας; Επιλέγει και χρησιμοποιεί η οικογένεια εξωτερικές πηγές υποστήριξης; Έχει επίγνωση των εξωτερικών καταστάσεων; Προσπαθεί να κατανοήσει εξωτερικά ζητήματα;

Παράδειγμα μιας τέτοιας αξιολόγησης δίνεται στον Πίνακα 4.2.

Πίνακας 4.2 Αξιολόγηση της οικογένειας με βάση τα χαρακτηριστικά υγιούς οικογένειας.

Ονοματεπώνυμο οικογένειας						
Μέλος της οικογένειας	Ημερομηνία γέννησης	Φύλο	Οικογενειακή κατάσταση	Εκπαίδευση	Εργασία	Συμμετοχή σε δραστηριότητες της κοινότητας
Οικονομική κατάσταση						
Με βάση την επαγγελματική σας κρίση και παρατήρηση, αξιολογήστε την οικογένεια: (0 = ποτέ, 1 = σπάνια, 2 = περιστασιακά, 3 = συχνά, 4 = πολύ συχνά, Δ = δεν παρατηρήθηκε)						
		Ημερομηνία	Σκορ	Ημερομηνία	Σκορ	
<i>1. Διευκόλυνση της αλληλεπίδρασης μεταξύ των μελών</i>						
Υπάρχει συχνή επικοινωνία μεταξύ των μελών;						
Επιλύονται οι συγκρούσεις;						
Οι σχέσεις των μελών είναι υποστηρικτικές;						
Επιδεικνύεται αγάπη και φροντίδα μεταξύ των μελών;						
Τα μέλη της οικογένειας ενεργούν συνεργατικά;						
Σχόλια						
2.						
3.						
4.						

B) Να χρησιμοποιηθούν ανοικτές ερωτήσεις για (Πίνακας 4.3) (Salopek & Warner, 2014):

- Τις σημαντικές αλλαγές στη ζωή της οικογένειας.
- Την ικανότητα αντιμετώπισης των καταστάσεων από την οικογένεια.
- Το επίπεδο ενέργειας.
- Τη διαδικασία λήψης αποφάσεων μέσα την οικογένεια.
- Τις γονικές δεξιότητες.
- Τα συστήματα υποστήριξης της οικογένειας.
- Τη χρήση των υπηρεσιών υγείας.
- Την οικονομική κατάσταση και άλλες εντυπώσεις.

Γ) Να χρησιμοποιηθούν ερωτήσεις για την αυτοφροντίδα της οικογένειας, όπως τους επαγγελματίες υγείας τους οποίους επισκέφτηκε τον προηγούμενο χρόνο (ονοματεπώνυμο, ειδικότητα), τα χειρουργεία, τα οξεία νοσήματα, τα χρόνια νοσήματα, οι ηλικίες των γονέων και των γονέων της προηγούμενης γενεάς (παππούς, γιαγιά), οι συνήθειες φροντίδας των δοντιών, ο προσυμπτωματικός έλεγχος στη γυναίκα και στον άνδρα (συχνότητα, μαστογραφία, αυτοεξέταση μαστών, τεστ Παπανικολάου, PSA, αυτοεξέταση όρχεων), οι εμβολιασμοί (γρίπη, ηπατίτιδα κ.ά.), οι συνήθειες διατροφής (είδος, ποσότητα, χρόνος), οι θρησκευτικές πρακτικές οι οποίες επηρεάζουν την υγεία, άσκηση, η φαρμακευτική αγωγή / συνταγογραφημένα φάρμακα, οι παραδοσιακές θεραπευτικές πρακτικές, οι συμπληρωματικές θεραπείες, το σχέδιο προαγωγής αυτοφροντίδας (πεδία δράσης, πεδία που χρειάζονται τροποποίηση, ρόλος ατόμου στην επίτευξη των στόχων, ρόλος νοσηλευτή στην επίτευξη των στόχων). Παράδειγμα αυτού του τρόπου αξιολόγησης δίνεται στον Πίνακα 4.4.

Πίνακας 4.3 Αξιολόγηση οικογένειας με ανοικτές ερωτήσεις.

Όνοματεπώνυμο της οικογένειας:						
Μέλος της οικογένειας	Ημερομηνία γέννησης	Φύλο	Οικογενειακή κατάσταση	Εκπαίδευση	Εργασία	Συμμετοχή σε δραστηριότητες της κοινότητας
Σημαντικές αλλαγές στη ζωή της οικογένειας:						
Ικανότητα αντιμετώπισης των καταστάσεων από την οικογένεια:						
.....						
.....						
Ημερομηνία:						
Υπογραφή:						

Πίνακας 4.4 Ερωτήσεις για την αυτοαξιολόγηση του μέλους της οικογένειας.

Όνοματεπώνυμο:
Ημερομηνία γέννησης:
Επαγγελματίες υγείας τους οποίους επισκέφτηκε τον προηγούμενο χρόνο (ονοματεπώνυμο, ειδικότητα):
Χειρουργεία:
Οξεία νοσήματα:
Χρόνια νοσήματα:
.....
.....
Σχόλια:

Δ) Να χρησιμοποιηθούν ερωτήσεις για την υγεία της οικογένειας με το εργαλείο «Μια εικόνα για την υγεία της οικογένειας», π.χ. Πίνακας 4.5.

Πίνακας 4.5 «Μια εικόνα για την υγεία της οικογένειάς σας».

<p>1. Σωματική υγεία</p> <p>Σκεφτείτε κάθε μέλος της οικογένειάς σας. Σημειώστε με μια κάθετη γραμμή το σημείο που θεωρείτε ότι αντιπροσωπεύει το επίπεδο της σωματικής υγείας κάθε μέλους της οικογένειάς σας χωριστά, σημειώνοντας αντίστοιχα και τα ονόματά τους στην κάθε κάθετη γραμμή.</p> <p style="text-align: center;">_____</p> <p style="text-align: center;">Υγιής Μη υγιής</p> <p>Εσείς ή κάποιο μέλος της οικογένειάς σας υποφέρετε από κάποιο νόσημα ή ανικανότητα; ΝΑΙ ΟΧΙ</p> <p>Εάν Ναι, ποιο/-α είναι αυτό/-ά;</p>													
<p>2. Κοινωνική Υγεία</p> <p>Πολλά πράγματα μπορούν να επηρεάσουν την υγεία της οικογένειάς σας. Έχετε κάποιες ανησυχίες για κάποια από τα παρακάτω, τα οποία θα θέλατε να μοιραστείτε; (σημειώστε)</p> <table style="width: 100%; border: none;"> <tbody> <tr> <td style="width: 50%;">Κατοικία</td> <td>Άσκηση και ελεύθερος χρόνος</td> </tr> <tr> <td>Οικονομικά</td> <td>Διατροφή</td> </tr> <tr> <td>Εργασία ή ανεργία</td> <td>Κάπνισμα</td> </tr> <tr> <td>Σχέσεις</td> <td>Αλκοόλ</td> </tr> <tr> <td>Υγεία της γυναίκας</td> <td>Ουσίες</td> </tr> <tr> <td>Υγεία των ανδρών</td> <td>Κάτι άλλο</td> </tr> </tbody> </table> <p>Υποστήριξη Ποιος βοηθά και υποστηρίζει την οικογένεια;</p> <p>Τι κάνετε για να χαλαρώσετε ως οικογένεια;</p> <p>Αισθάνεστε ότι έχετε χρόνο να χαλαρώσετε και να διασκεδάσετε τους εαυτούς σας;</p>		Κατοικία	Άσκηση και ελεύθερος χρόνος	Οικονομικά	Διατροφή	Εργασία ή ανεργία	Κάπνισμα	Σχέσεις	Αλκοόλ	Υγεία της γυναίκας	Ουσίες	Υγεία των ανδρών	Κάτι άλλο
Κατοικία	Άσκηση και ελεύθερος χρόνος												
Οικονομικά	Διατροφή												
Εργασία ή ανεργία	Κάπνισμα												
Σχέσεις	Αλκοόλ												
Υγεία της γυναίκας	Ουσίες												
Υγεία των ανδρών	Κάτι άλλο												
<p>3. Συναισθηματική υγεία</p> <p>Ρωτήστε κάθε μέλος της οικογένειάς σας «Πως αισθάνεσαι;» και σημειώστε με μια κάθετη γραμμή το όνομά του στην κλίμακα.</p> <p style="text-align: center;">_____</p> <p>Χαρούμενος/-η</p> <p>Ποια πράγματα επηρεάζουν τον τρόπο που η οικογένειά σας αισθάνεται αυτήν τη στιγμή;</p> <table style="width: 100%; border: none;"> <tbody> <tr> <td style="width: 50%;">Οικογένεια</td> <td>Τόπος διαμονής</td> </tr> <tr> <td>Φίλοι</td> <td>Κοινωνική ζωή</td> </tr> <tr> <td>Εργασία/Ανεργία</td> <td>Σχολείο</td> </tr> <tr> <td>Χρήματα</td> <td>Υγεία</td> </tr> </tbody> </table>		Οικογένεια	Τόπος διαμονής	Φίλοι	Κοινωνική ζωή	Εργασία/Ανεργία	Σχολείο	Χρήματα	Υγεία				
Οικογένεια	Τόπος διαμονής												
Φίλοι	Κοινωνική ζωή												
Εργασία/Ανεργία	Σχολείο												
Χρήματα	Υγεία												

Κάτι άλλο;

4. Περιβαλλοντική Υγεία

Ο χώρος που κατοικείτε μπορεί να έχει σημαντική επίδραση στην υγεία της οικογένειάς σας;

Έχετε κάποια ανησυχία με τα παρακάτω; Εάν ναι, σημειώστε:

- Η κατοικία σας
- Οι γείτονές σας
- Εγκληματικότητα
- Κυκλοφορία
- Μόλυνση (π.χ. αέρα, θόρυβος, οσμές)

Ποιες είναι οι εγκαταστάσεις που υπάρχουν στη γειτονιά σας, π.χ. πάρκα, καταστήματα, συγκοινωνίες, ομάδες, εκπαίδευση, τόποι συνάντησης;

Πόσο εύκολο είναι να έχετε πρόσβαση και να χρησιμοποιήσετε τις υπηρεσίες υγείας στη γειτονιά σας, π.χ. κλινικές, ιατροί, κέντρα υγείας, εργαστήρια διεξαγωγής εξετάσεων υγείας;

Ημερομηνία:

ΠΛΑΝΟ ΔΡΑΣΗΣ

Ανάγκες υγείας	Δράσεις από την οικογένεια	Δράσεις από τον κοινοτικό νοσηλευτή

Ημερομηνία:

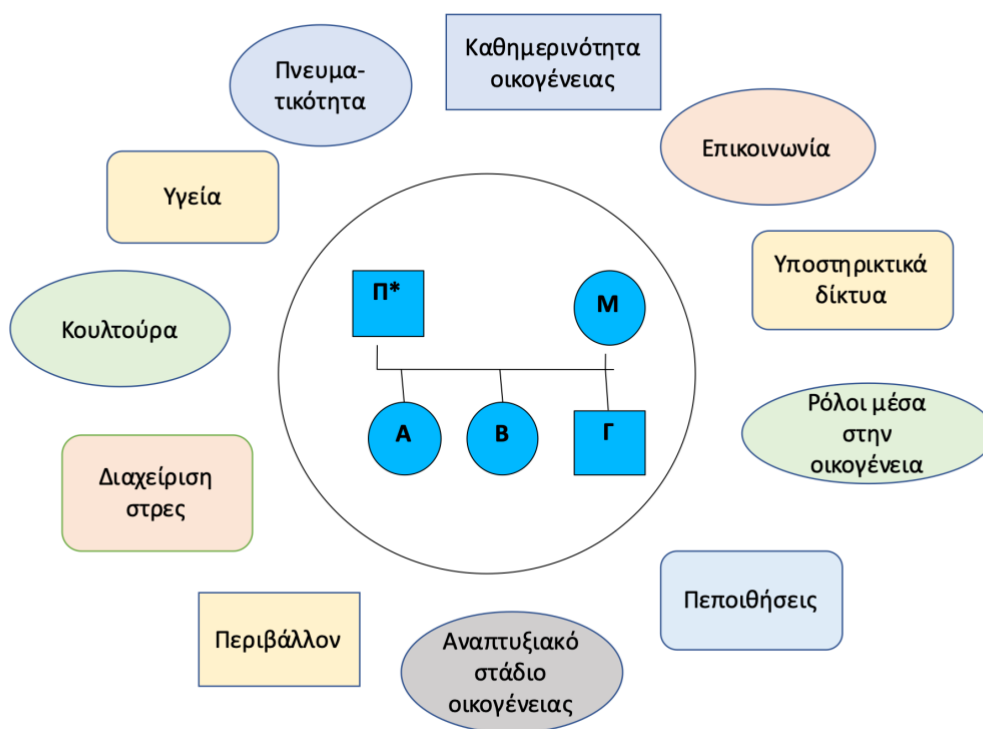
ΣΥΝΟΨΗ

Ανάγκες υγείας	Δράσεις από την οικογένεια	Δράσεις από τον κοινοτικό νοσηλευτή

Πηγή: WHO (2001) *Community Health Needs Assessment. An introductory guide for the family health nurse in Europe*. WHO https://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0018/102249/E73494.pdf

Ε) Η αξιολόγηση να γίνει με βάση τις 12 κατηγορίες όσον αφορά τα δυνατά σημεία της οικογένειας και την ικανότητα αυτοφροντίδας, τα προβλήματα και τους στρεσογόνους παράγοντες, τις υποστηρικτικές πηγές, τα δημογραφικά της οικογένειας, το φυσικό περιβάλλον, την ψυχολογική και πνευματική ζωή της οικογένειας, τη δομή και τους ρόλους όλων των μελών μέσα στην οικογένεια, τις λειτουργίες της οικογένειας, τις αξίες και τις απόψεις, την επικοινωνία, τους τρόπους λήψης αποφάσεων, τους τρόπους αντιμετώπισης δύσκολων καταστάσεων, τις συμπεριφορές υγείας και το κοινωνικό και πολιτισμικό υπόβαθρο της οικογένειας.

Ζ) Ευρέως χρησιμοποιούνται στην καθημερινή οικογενειακή νοσηλευτική πρακτική οι άξονες αξιολόγησης της οικογένειας για την ανάλυση των προβλημάτων και αναγκών της οικογένειας. Πρόκειται για την οργάνωση των δεδομένων σε σημαντικές για την οικογένεια κατηγορίες. Οι άξονες αναφοράς για την αξιολόγηση της οικογένειας περιλαμβάνουν την καθημερινότητα της οικογένειας (π.χ. συνήθειες φαγητού, ύπνου, φροντίδας παιδιού), την επικοινωνία, τις πηγές υποστήριξης (π.χ. φίλοι, εκκλησία, σύλλογοι), τους ρόλους μέσα στην οικογένεια, τις πεποιθήσεις (π.χ. για την οικογένεια, την εκπαίδευση, τη φροντίδα), το αναπτυξιακό στάδιο της οικογένειας, το περιβάλλον της οικογένειας, την επίγνωση για την υγεία (αλφαριθμητισμός υγείας, αποφάσεις για την υγεία), τη διαχείριση του στρες, την κουλτούρα και την πνευματικότητα της οικογένειας (Σχήμα 4.3). Κάθε κατηγορία/άξονας περιλαμβάνει επιπρόσθετες υποκατηγορίες αξιολόγησης.



Σχήμα 4.3 Οι άξονες αξιολόγησης της οικογένειας.

[*Γενόγραμμα της οικογένειας ΠΜ (επεξηγήσεις των κεφαλαίων γραμμάτων):
Π = Πατέρας, Μ = Μητέρα, Α = παιδί Α, Β = παιδί Β, Γ = παιδί Γ]

Family System Stress – Strength Inventory (FS³I)

Το Family Systems Stressor-Strength Inventory (FS³I) είναι ένα εργαλείο αξιολόγησης για τις οικογένειες, το οποίο σχεδιάστηκε για να χρησιμοποιείται από νοσηλευτές (Hanson, 2001). Παρέχει ποιοτικά και ποσοτικά στοιχεία για τους στρεσογόνους παράγοντες της οικογένειας, τα δυνατά της σημεία και τις στρατηγικές που ενδείκνυται να ακολουθηθούν για τις ανάλογες παρεμβάσεις. Πριν τη συνέντευξη με τον κλινικό/οικογενειακό νοσηλευτή, κάθε μέλος της οικογένειας, ξεχωριστά, καλείται να συμπληρώσει το εργαλείο αξιολόγησης σε ατομική φόρμα. Οι ερωτήσεις μπορούν να διαβαστούν σε μέλη που δεν μπορούν να διαβάσουν. Μετά την ολοκλήρωση της συμπλήρωσης του εργαλείου αξιολόγησης, ο επαγγελματίας υγείας αξιολογεί την οικογένεια

για καθεμία από τις αγχωτικές καταστάσεις (γενικές και ειδικές) και τα δυνατά της σημεία. Αυτή η αξιολόγηση καταγράφεται στο έντυπο της φόρμας αξιολόγησης κάθε μέλους της οικογένειας ξεχωριστά.

Είναι ένα μεγάλο σε μέγεθος εργαλείο το οποίο περιλαμβάνει α) τους γενικούς στρεσογόνους παράγοντες, τις παρατηρήσεις της οικογένειας και του επαγγελματία υγείας, β) τους ειδικούς στρεσογόνους παράγοντες, τις παρατηρήσεις της οικογένειας και του επαγγελματία υγείας, και γ) τα δυνατά σημεία της οικογένειας. Τα στοιχεία που συλλέγονται συμβάλλουν στον προσδιορισμό του επιπέδου πρόληψης ως παρέμβασης που ενδείκνυται να κινηθεί ο νοσηλευτής (Πίνακας 4.6). Το επίπεδο πρωτογενούς πρόληψης/παρέμβασης αφορά την ευέλικτη γραμμή άμυνας, το επίπεδο της δευτερογενούς πρόληψης/παρέμβασης αφορά τη φυσική γραμμή αντίστασης και της τριτογενούς πρόληψης/παρέμβασης αφορά τις γραμμές αντίστασης, σύμφωνα με το μοντέλο αξιολόγησης της οικογενειακής κατάστασης και παρέμβασης.

Πίνακας 4.6 Ενδεικτική μορφή του εργαλείου *Family Systems Stressor-Strength Inventory (FS³I)*.

Ονοματεπώνυμο οικογένειας:						
Ονοματεπώνυμο μέλους της οικογένειας που συμπληρώνει το FS ³ I						
Ημερομηνία:		Εθνικότητα:		Θρήσκευμα:		
Παραπομπή από:						
Συνεντευκτής:						
Περιγραφή μελών της οικογένειας						
Μέλος της οικογένειας	Ημερομηνία γέννησης	Φύλο	Οικογενειακή κατάσταση	Εκπαίδευση	Εργασία	Συμμετοχή σε δραστηριότητες της κοινότητας
Λόγοι για τους οποίους η οικογένεια αναζητά βοήθεια:						
Μέρος 1ο. Γενικοί Στρεσογόνοι παράγοντες του συστήματος της οικογένειας (0 = δεν ισχύει, 1-2 = λίγο στρες, 3-4 = μέτριο στρες, 5 = υψηλό στρες)						
Στρεσογόνοι παράγοντες	Βαθμολογία μέλους της οικογένειας					
	δεν ισχύει	λίγο στρες	μέτριο στρες,	υψηλό στρες		
	0	1 2	3 4	5		
Το μέλος της οικογένειας αισθάνεται ότι δεν λαμβάνει εκτίμηση	0	1 2	3 4	5		
Βαθμολογία μέλους οικογένειας:						
Βαθμολογία επαγγελματία υγείας / οικογενειακού νοσηλευτή:.....						
Ενοχές που δεν καταφέρνει περισσότερα	0	1 2	3 4	5		
Βαθμολογία μέλους οικογένειας:						
Βαθμολογία επαγγελματία υγείας / οικογενειακού νοσηλευτή:.....						
.....						

Μέρος 2ο. Ειδικοί στρεσογόνοι παράγοντες για την οικογένεια (1-2 = λίγο, 3-4 = μέτρια, 5 = πολύ)					
Ειδικοί στρεσογόνοι παράγοντες για την οικογένεια Προσδιορίστε έναν/μια παράγοντα/κατάσταση η οποία προκαλεί στρες αυτήν την περίοδο	Βαθμολογία μέλους της οικογένειας				
	λίγο		μέτρια		πολύ
	1	2	3	4	5
1. Σε ποιον βαθμό ενοχλείται η οικογένειά σας από το συγκεκριμένο γεγονός / στρεσογόνα κατάσταση;	1	2	3	4	5
Παρατηρήσεις οικογένειας:.....					
Παρατηρήσεις επαγγελματία υγείας / οικογενειακού νοσηλευτή:.....					
2.					
Μέρος 3ο. Δυνατά σημεία του οικογενειακού συστήματος					
Η ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑ ΜΟΥ	δεν ισχύει	σπάνια		συνήθως	πάντα
	0	1	2	3	4 5
1. Επικοινωνεί και ακούει ο ένας τον άλλο.	0	1	2	3	4 5
Παρατηρήσεις οικογένειας:.....					
Παρατηρήσεις επαγγελματία υγείας / οικογενειακού νοσηλευτή:.....					
2.					
Σύνοψη των Ποιοτικών Δεδομένων από τις Παρατηρήσεις της Οικογένειας και του Κλινικού/Οικογενειακού Νοσηλευτή					
1. Συνοψίζονται και ιεραρχούνται οι γενικοί στρεσογόνοι παράγοντες και παρατηρήσεις από την οικογένεια και τον επαγγελματία υγείας / οικογενειακό νοσηλευτή.					
2.					
3.					
Πλάνο φροντίδας της οικογένειας					
Διαγνώσεις Γενικοί και Ειδικοί στρεσογόνοι παράγοντες	Δυνατά σημεία της οικογένειας	Στόχοι για την οικογένεια και τον κλινικό	Πρωτογενής, δευτερογενής, τριτογενής	Ενέργειες πρόληψης / παρέμβασης	Έκβαση, Εκτίμηση και Επανασχεδιασμός

Family APGAR tool

Είναι ένα εργαλείο με 5 ερωτήσεις που χρησιμοποιείται για την ταχεία αξιολόγηση της λειτουργικότητας της οικογένειας. Εκτιμά σε ατομικό επίπεδο την ικανοποίηση από τις σχέσεις των μελών της. *Λειτουργική* χαρακτηρίζεται μία οικογένεια όταν επιτυγχάνει την ισορροπία στις λειτουργίες της (υποστήριξη, αυτονομία και ανεξαρτησία, ρόλοι, προσαρμογή και επικοινωνία). *Δυσλειτουργική* χαρακτηρίζεται μια οικογένεια με χρόνια αδυναμία και ίσως ανικανότητα να ανταποκριθεί στις ανάγκες των μελών ή να αντιμετωπίσει τις αλλαγές και τους στρεσογόνους παράγοντες του περιβάλλοντος (Πίνακας 4.7).

Το εργαλείο συνιστάται να χρησιμοποιείται όταν η οικογένεια εμπλέκεται άμεσα στη φροντίδα του ασθενούς, η οικογένεια του ασθενούς βρίσκεται σε κρίση, η συμπεριφορά του ασθενούς δημιουργεί υποψίες για ψυχοκοινωνικά προβλήματα και δυσλειτουργικότητα της οικογένειας, απαιτούνται πληροφορίες για τη λειτουργικότητα της οικογένειας.

Στο πρώτο μέρος του εργαλείου προσδιορίζεται ο βαθμός ικανοποίησης από τη λειτουργικότητα της οικογένειας στους τομείς της προσαρμοστικότητας (adaptability), της συνεργασίας (partnership), της ανάπτυξης (growth), της στοργής (affection) και της ικανότητας στη λήψη αποφάσεων / επίλυση (resolve), με τις απαντήσεις να κυμαίνονται από «σχεδόν πάντα», «κάποιες φορές» και «σχεδόν ποτέ». Στο δεύτερο μέρος προσδιορίζονται τα πρόσωπα στα οποία στρέφεται το νοσούν άτομο για βοήθεια και αξιολογεί τη σχέση του μαζί τους («καλή», «μέτρια», «λίγο καλή»), καθώς και τα άτομα που διαμένουν στο σπίτι και αξιολογεί τη σχέση του μαζί τους («καλή», «μέτρια», «λίγο καλή»).

Διαπιστώνονται στη βιβλιογραφία αμφισβητήσεις σχετικά με τη χρησιμότητά του στην καθημερινή κλινική πρακτική, ωστόσο αξιολογήθηκε από τη συγγραφέα ως ένα εργαλείο κατάλληλο για εκπαιδευτικούς σκοπούς, το οποίο θα διευκολύνει τον φοιτητή να προσανατολιστεί, να εξερευνήσει και να αξιολογήσει διαστάσεις της λειτουργίας της οικογένειας σε σχέση με τον ασθενή.

Πίνακας 4.7 Περιγραφή των εννοιών του εργαλείου APGAR.

A Adaptation	Ικανοποίηση από την ικανότητα της οικογένειας να χρησιμοποιεί και να μοιράζεται τους δικούς της πόρους.
P Partnership	Ικανοποίηση που επιτυγχάνεται στην επίλυση των προβλημάτων με την επικοινωνία.
G Growth	Ικανοποίηση από την ελευθερία της αλλαγής μέσα στην οικογένεια, τη φυσική και συναισθηματική ανάπτυξη.
A Affection	Ικανοποίηση από τη στοργή και συναισθηματική αλληλεπίδραση μέσα στην οικογένεια.
R Resolve	Ικανοποίηση με τη δέσμευση που ανέλαβαν τα άλλα μέλη της οικογένειας.
Εάν δεν ζείτε μαζί με την οικογένειά σας, καταγράψτε τα πρόσωπα στα οποία στρέφεστε για βοήθεια.	
Πόσο καλά τα πάτε μαζί τους;	
Καταγράψτε τα άτομα που διαμένουν στο σπίτι σας.	
Πόσο καλά τα πάτε μαζί τους;	

To FAMTOOL

Το FAMTOOL είναι ένα σύντομο εργαλείο που βοηθά τα μέλη της οικογένειας να αξιολογήσουν την υγεία της οικογένειας, να συγκρίνουν τις απαντήσεις τους και να εντοπίσουν τα δυνατά τους σημεία. Περιλαμβάνει τη διατύπωση 12 προτάσεων στις οποίες τα μέλη της οικογένειας απαντούν εάν:

- συνεργάζονται μεταξύ τους,
- επικοινωνούν αποτελεσματικά,
- μοιράζονται απόψεις,

- παίζουν όλα μαζί,
- επενδύουν ενέργεια στην οικογένεια,
- εκτιμούν τη μεταξύ τους διασύνδεση,
- συνεργάζονται για τη σωματική υγεία,
- συνεργάζονται για τη συναισθηματική υγεία,
- συνεργάζονται για την κοινωνική υγεία,
- συνεργάζονται για την πνευματική υγεία,
- εκτιμούν το ένα το άλλο,
- έχουν ελπίδα για το μέλλον.

Οι απαντήσεις των μελών κυμαίνονται μεταξύ των απαντήσεων «λανθασμένη», «συνήθως λανθασμένη», «συνήθως σωστή» και «σωστή». Το εργαλείο αυτό αναπτύχθηκε από τους Weeks και O'Connor το 1994, ωστόσο διαπιστώνεται στη βιβλιογραφία ότι δεν έχει χρησιμοποιηθεί ευρέως. Εντούτοις, για εκπαιδευτικούς σκοπούς, αξιολογήθηκε από τη συγγραφέα ως ένα εύχρηστο εργαλείο το οποίο μπορεί να δώσει χρήσιμα εναύσματα για εξερεύνηση και συζήτηση σχετικά με τη λειτουργία της οικογένειας, καθώς επίσης και τη συζήτηση για τις ενδείξεις / τα παραδείγματα σχετικά με τις διαστάσεις που επισημαίνονται και αξιολογούνται.

4.1.3 Ψυχομετρικά χαρακτηριστικά ενός εργαλείου

Κάθε εργαλείο/ερωτηματολόγιο που πρόκειται να χρησιμοποιηθεί σε διαφορετική γλώσσα από εκείνη που δημιουργήθηκε πρέπει να υποβληθεί στη διαδικασία της εγκυροποίησης, δηλαδή σε έλεγχο πολιτισμικής προσαρμογής και σε έλεγχο των ψυχομετρικών χαρακτηριστικών του με μεθόδους στατιστικής ανάλυσης. Η διαδικασία της μετάφρασης ενός ερωτηματολογίου από τη γλώσσα στην οποία δημιουργήθηκε αρχικά (π.χ. αγγλική) προς τη γλώσσα στόχο (π.χ. ελληνική) περιλαμβάνει συγκεκριμένα απαρέγκλιτα βήματα (Γαλάνης, 2019).

Τα ψυχομετρικά χαρακτηριστικά ενός εργαλείου είναι:

- Η αξιοπιστία (reliability) αναφέρεται στον βαθμό στον οποίο ένα εργαλείο είναι ελεύθερο από λάθη μέτρησης. Η αξιοπιστία εκτιμά την ικανότητα απόδοσης των ίδιων αποτελεσμάτων σε επαναλαμβανόμενες εφαρμογές στον ίδιο πληθυσμό (επαναληψιμότητα και σταθερότητα) (repeatability and consistency). Ένα είδος αξιοπιστίας είναι η εσωτερική σταθερότητα (internal consistency) η οποία εκτιμάται με τον συντελεστή alpha του Cronbach (Cronbach's coefficient alpha).
- Η εγκυρότητα (validity) σχετίζεται με τον βαθμό στον οποίο ένα εργαλείο εκτιμά ό,τι υποτίθεται ότι μετρά, και αναφέρεται στον βαθμό της μη τυχαίας ή συστηματικής στατιστικής απόκλισης.
- Η ειδικότητα (specificity) σχετίζεται με την ικανότητα ενός εργαλείου να διακρίνει διαφορετικούς πληθυσμούς ασθενών.
- Η ευαισθησία ή ανταποκρισιμότητα (responsiveness or sensitivity) αναφέρεται στην ευαισθησία ενός εργαλείου να ανιχνεύει κλινικά σημαντικές αλλαγές της υγείας.
- Η ικανότητα ερμηνείας (interpretability) αφορά την ικανότητα κλινικής ερμηνείας των αποτελεσμάτων.

4.1.4 Ποιοτική μεθοδολογία για την αξιολόγηση της οικογένειας

Εκτός από την ποσοτική μέθοδο αξιολόγησης της οικογένειας, στην οποία αξιολογείται μία συγκεκριμένη μεταβλητή ανάλογα με το εργαλείο που χρησιμοποιείται, υπάρχει και η ποιοτική μέθοδος για τη συλλογή των δεδομένων. Οι οικογενειακοί θεραπευτές, τουτέστιν ψυχολόγοι, κοινωνικοί λειτουργοί, νοσηλευτές, και γενικότερα όσοι ασχολούνται με την οικογένεια και την υγεία της προτιμούν την ποιοτική μέθοδο. Η συνέντευξη είναι η συχνότερη μέθοδος συλλογής στοιχείων για την αξιολόγηση μιας οικογένειας. Εντούτοις, χρησιμοποιούνται και άλλες μέθοδοι όπως η τέχνη, τα παιχνίδια ρόλων, η μουσική, η αφήγηση, οι μεταφορές.

4.2 Νοσηλευτική διάγνωση

Το στάδιο της διαμόρφωσης των νοσηλευτικών διαγνώσεων είναι το κατεξοχήν αναλυτικό στάδιο της νοσηλευτικής διεργασίας, κατά το οποίο οι νοσηλευτές διατυπώνουν τις νοσηλευτικές τους αξιολογήσεις/κρίσεις σχετικά με τρόπους παρέμβασης, επίλυσης προβλημάτων και ικανοποίησης αναγκών. Το πρόβλημα υγείας είναι μια κατάσταση που απαιτεί παρεμβάσεις για την προαγωγή της ευεξίας ή την πρόληψη ή τη θεραπεία της ασθένειας. Τα προβλήματα που απαιτούν νοσηλευτική παρέμβαση δηλώνονται ειδικά ως *νοσηλευτικές διαγνώσεις (nursing diagnosis)*, δηλαδή η νοσηλευτική διάγνωση είναι μια δήλωση για το πώς αποκρίνεται το άτομο / η οικογένεια / η ομάδα σε βιο-ψυχο-κοινωνικούς-πνευματικούς παράγοντες που προκαλούν στρες ή/και προβλήματα υγείας, τα οποία οι νοσηλευτές μπορούν ανεξάρτητα να προσδιορίσουν, να αποτρέψουν ή να αντιμετωπίσουν/φροντίσουν.

Οι νοσηλευτικές διαγνώσεις εξυπηρετούν τον σχεδιασμό, την κατάρτιση ενός κοινού σχεδίου δράσης, το οποίο προκύπτει μετά από συνεργασία νοσηλευτή και οικογένειας. Η νοσηλευτική διάγνωση στην οικογενειακή νοσηλευτική συμβάλλει στα ακόλουθα:

- Αναγνώριση της κατάστασης της οικογένειας (κατάσταση υγείας, πρόβλημα).
- Κλινική κρίση για τις αντιδράσεις του ατόμου, οικογένειας ή κοινότητας σε υπαρκτά ή πιθανά και δυνητικά προβλήματα υγείας / διαδικασίες ζωής.
- Παρέχει τη βάση για την επιλογή νοσηλευτικών παρεμβάσεων και την επίτευξη αποτελεσμάτων (εκβάσεων) για τα οποία οι νοσηλευτές είναι υπεύθυνοι.
- Διατύπωση νοσηλευτικής διάγνωσης: ορίζεται ως η κλινική κρίση για την απάντηση του ατόμου, της οικογένειας ή της κοινότητας σε ένα πραγματικό ή δυνητικό πρόβλημα υγείας.

Συστήματα νοσηλευτικών διαγνώσεων. Ορισμένα συστήματα ταξινόμησης περιέχουν διαγνώσεις, όπως το σύστημα Omaha (Martin, 1992), η Διεθνής Ταξινόμηση των Νόσων (ICD), το NANDA (North American Nursing Diagnostic Association και Ταξινόμηση II NANDA: 13 Πεδία ορισμού – 47 κατηγορίες – 188 διαγνώσεις), το Σύστημα Ταξινόμησης της Κλινικής Φροντίδας της Virginia Saba [(CCC) – Virginia Saba's Clinical Care Classification System] και το διαγνωστικό και Στατιστικό Εγχειρίδιο των Ψυχικών Διαταραχών (DMS) το οποίο αφορά ιατρικές διαγνώσεις. Στον Πίνακα 4.8 παρουσιάζονται νοσηλευτικές διαγνώσεις κατά NANDA οι οποίες σχετίζονται με τη φροντίδα της οικογένειας, ενώ πολλές άλλες διαγνώσεις μπορούν να διατυπωθούν για τα μέλη της οικογένειας. Η μετάφραση των διαγνώσεων που σχετίζονται με τη φροντίδα της οικογένειας στην ελληνική γλώσσα έγινε από τη νοσηλεύτρια Μαρία-Νικολέττα Τριανταφυλλοπούλου, στο πλαίσιο της απόκτησης Μεταπτυχιακού Διπλώματος στην Κοινωνική Νοσηλευτική το 2014 από το Τμήμα Νοσηλευτικής του Εθνικού και Καποδιστριακού Πανεπιστημίου Αθηνών, και συγχρόνως εφαρμόστηκε στην πράξη σε οικογένειες με προβλήματα υγείας. Από τις 216 διαγνώσεις του «NANDA-International Nursing Diagnoses: Definitions & Classifications 2012-2014» οι 38 από αυτές σχετίζονται με τη φροντίδα της οικογένειας, οι οποίες ανήκουν σε 10 από τους 13 τομείς του συστήματος (Τριανταφυλλοπούλου, 2014). Διεθνώς υπάρχουν 3 αποδεκτές ταξινομήσεις νοσηλευτικών διαγνώσεων και άρα τρεις διαφορετικές νοσηλευτικές κατηγοριοποιήσεις. Αυτές είναι (1) η κατηγοριοποίηση κατά NANDA (13 τομείς), (2) του GORDON (11 λειτουργικά πρότυπα) και (3) των Doenges, Moorhouse και Murr (13 διαγνωστικές κατηγορίες). Στην κοινοτική νοσηλευτική και νοσηλευτική της οικογένειας χρησιμοποιείται ευρέως το σύστημα Omaha, το οποίο περιγράφεται παρακάτω. Η διατύπωση των νοσηλευτικών διαγνώσεων συνδέεται στενά με τις νοσηλευτικές παρεμβάσεις και την έκβαση αυτών και άρα με τα συστήματα Ταξινόμησης Νοσηλευτικών Εκβάσεων (NOC – Nursing Outcome Classification) και Ταξινόμησης Νοσηλευτικών Παρεμβάσεων (NIC – Nursing Intervention Classification).

Πίνακας 4.8 Διαγνώσεις του συστήματος NANDA-I ταξινόμηση II οι οποίες σχετίζονται με τη φροντίδα της οικογένειας.

<p>Τομέας 1: Προαγωγή της Υγείας Συμπεριφορά επικίνδυνη για την υγεία Αναποτελεσματική διατήρηση υγείας Αναποτελεσματική διαχείριση θεραπευτικής αγωγής από οικογένεια</p> <p>Τομέας 2: Θρέψη Μη Ισορροπημένη Διατροφή: Λιγότερη από τις απαιτήσεις του σώματος Μη Ισορροπημένη Διατροφή: Περισσότερη από τις απαιτήσεις του σώματος Κίνδυνος για Μη Ισορροπημένη Διατροφή: Περισσότερη από τις απαιτήσεις του σώματος</p>	<p>Τομέας 8: Σεξουαλικότητα Αναποτελεσματικό Σεξουαλικό Πρότυπο</p> <p>Τομέας 9: Αντιμετώπιση/Ανοχή στο στρες Ανεπαρκής Υποστήριξη από την Οικογένεια Ανικανότητα Υποστήριξης από την Οικογένεια Ετοιμότητα για Βελτίωση της Υποστήριξης από την Οικογένεια Θρήνος Περιπεπλεγμένος Θρήνος Κίνδυνος για Περιπεπλεγμένο Θρήνο Αίσθημα Απώλειας Ελέγχου Κίνδυνος για Αίσθημα Απώλειας Ελέγχου Διαταραγμένη Ανθεκτικότητα Ατόμου Ετοιμότητα για Βελτίωση Ανθεκτικότητας Κίνδυνος για Ανεπαρκή Ανθεκτικότητα</p>
<p>Τομέας 4: Δραστηριότητα/Ανάπαυση Ανεπαρκής Διατήρηση της Οικίας</p> <p>Τομέας 5: Αντίληψη / Γνωστική λειτουργία Έλλειμμα Γνώσης Ετοιμότητα για Βελτίωση της Γνώσης</p>	<p>Τομέας 10: Θεμελιώδης αρχές ζωής Ετοιμότητα για Βελτίωση Λήψης Αποφάσεων Σύγκρουση στη Λήψη Αποφάσεων Μη Συμμόρφωση</p>
<p>Τομέας 7: Σχέσεις ρόλων Διαταραγμένη Γονική Ικανότητα Ετοιμότητα για Βελτίωση Γονικής Ικανότητας Κίνδυνος για Διαταραγμένη Γονική Ικανότητα Κίνδυνος για Διαταραχή Δεσμού Γονέα - Παιδιού Δυσλειτουργία Οικογενειακών Διεργασιών Διαταραγμένες Οικογενειακές Διεργασίες Ετοιμότητα για Βελτίωση Οικογενειακών Διεργασιών Σύγκρουση Γονικού Ρόλου Αναποτελεσματική Εκπλήρωση Ρόλου Διαταραγμένη Κοινωνική Αλληλεπίδραση</p>	<p>Τομέας 11: Ασφάλεια/Προστασία Κίνδυνος για Βλάβη Κίνδυνος για Βία Προς Άλλους Κίνδυνος για Βία Προς Εαυτό</p> <p>Τομέας 10: Άνεση Κοινωνική Απομόνωση</p>

4.2.1 Τα συστατικά της νοσηλευτικής διάγνωσης και η διατύπωσή της

Η διατύπωση της νοσηλευτικής διάγνωσης αποτελείται από 3 συστατικά στοιχεία και χρησιμοποιείται συχνά το ακρώνυμο PES (Problem – Etiology – Symptom):

1ο στοιχείο: Η δήλωση του προβλήματος, το οποίο παρέχει την ακριβή περιγραφή του προβλήματος υγείας. Περιλαμβάνει την αναγνώριση και δήλωση του τι δεν είναι υγιές σχετικά με τον ασθενή / την οικογένεια και υποδεικνύει την ανάγκη για αντίστοιχη αλλαγή. Στην ταξινόμηση κατά NANDA προτείνεται για την καταγραφή του προβλήματος να χρησιμοποιούνται ποσοτικοί προσδιοριστές με λέξεις όπως: αλλαγμένος/-η, επιδεινωμένος/-η, μειωμένος/-η, ελλειμματικός/-ή, υπερβολικός/-ή, δυσλειτουργικός/-ή, διαταραγμένος/-η, αναποτελεσματικός/-ή, ελαττωμένος/-ή, αυξημένος/-η, οξύς/οξεία, χρόνιος/-α, διαλείπων/-ουσα, κίνδυνος για...

2ο στοιχείο: Οι αιτιολογικοί και συμβάλλοντες παράγοντες. Πρόκειται για την αναγνώριση βιολογικών, ψυχολογικών, κοινωνικών, πνευματικών, περιβαλλοντικών παραγόντων που διατηρούν τη μη υγιή κατάσταση ή αντίδραση του ασθενούς / της οικογένειας. Είναι αυτοί που συσχετίζονται ή προκαλούν το πρόβλημα, μπορούν να τροποποιηθούν από τις νοσηλευτικές παρεμβάσεις και δεν μπορεί να είναι ιατρικές διαγνώσεις. Οι αιτιολογικοί παράγοντες κατευθύνουν τη νοσηλευτική παρέμβαση, και εάν δεν προσδιοριστούν σωστά, τότε οι ενέργειες/παρεμβάσεις δεν θα είναι αναποτελεσματικές.

3ο στοιχείο: Τα προσδιοριστικά χαρακτηριστικά (ενδείξεις), με τα οποία αναγνωρίζονται τα υποκειμενικά και αντικειμενικά δεδομένα, σημεία και συμπτώματα, που υποδεικνύουν την ύπαρξη του προβλήματος ή της ανάγκης. Στην ταξινόμηση κατά NANDA έχουν διατυπωθεί προσδιοριστικά χαρακτηριστικά για κάθε αποδεκτή νοσηλευτική διάγνωση.

Παραδείγματα διατύπωσης νοσηλευτικής διάγνωσης:

- *Φροντιστής, άγχος εκπλήρωσης γονεϊκού ρόλου (δήλωση προβλήματος), που σχετίζεται με τον φόβο για την κατ' οίκον φροντίδα του παιδιού με μηχανική υποστήριξη της αναπνοής (αιτιολογία), όπως φαίνεται από τις εκφράσεις ανησυχίας και συναισθημάτων αποτυχίας από τους γονείς «δεν θα τα καταφέρω», «φοβάμαι να κάνω τη φροντίδα της τραχειοστομίας, μήπως πονέσω το παιδί μου», «τι θα κάνω εάν χτυπάει ο συναγερμός; ... νομίζω θα πανικοβληθώ...» (προσδιοριστικά χαρακτηριστικά).*
- *Οικογένεια/μητέρα, ανεπαρκής υποστήριξη (δήλωση προβλήματος), που σχετίζεται με τη δυσκολία αποδοχής της διάγνωσης του καρκίνου που αντιμετωπίζει η ίδια (αιτιολογία), όπως φαίνεται από τη μειωμένη επικοινωνία μεταξύ των μελών της οικογένειας και την απόσυρση (προσδιοριστικά χαρακτηριστικά), όπως δηλώνουν τα μέλη της οικογένειας αλλά και η ίδια η μητέρα.*

4.2.2 Οδηγίες στη διατύπωση της νοσηλευτικής διάγνωσης

Κρίνεται σκόπιμο να λαμβάνονται υπόψη οι ακόλουθες συμβουλές για τη διατύπωση της νοσηλευτικής διάγνωσης.

- Διατύπωση της νοσηλευτικής διάγνωσης ως πρόβλημα του ασθενούς ή αλλαγής της κατάστασης υγείας του και όχι ως ανάγκης.
- Έλεγχος ότι το πρόβλημα προηγείται της αιτιολογίας και ότι η διατύπωση του προβλήματος και η αιτιολογία ενώνονται με τη φράση «...σχετιζόμενο με...» ή «... λόγω του...» ή «... εξαιτίας του...».
- Τα προσδιοριστικά χαρακτηριστικά, όταν συμπεριλαμβάνονται στη διάγνωση, ακολουθούν την αιτιολογία και ενώνονται με τη φράση «... όπως φαίνεται από...» ή «... εκδηλώνεται με...».
- Διατύπωση των νοσηλευτικών διαγνώσεων, ακολουθώντας αποδεκτούς όρους, δηλαδή χρήση των διεθνών ταξινομήσεων.
- Αποφυγή χρήσης επικριτικών εκφράσεων.
- Επιβεβαίωση ότι η δήλωση του προβλήματος υποδεικνύει τι δεν είναι υγιές ή τι είναι αυτό που θέλει να αλλάξει ο ασθενής/οικογένεια.
- Αποφυγή της χρήσης ιατρικών διαγνώσεων.
- Επανάληψη και κριτική σκέψη στη διατύπωση της διάγνωσης για την επιβεβαίωση ότι η δήλωση του προβλήματος προτείνει σκοπούς και η αιτιολογία κατευθύνει την επιλογή των νοσηλευτικών παρεμβάσεων.

Οι νοσηλευτικές διαγνώσεις διατυπώνονται για υπαρκτά προβλήματα, για δυνητικά προβλήματα-κινδύνους, πιθανά προβλήματα και για τη διατύπωση της καλής κατάστασης της υγείας.

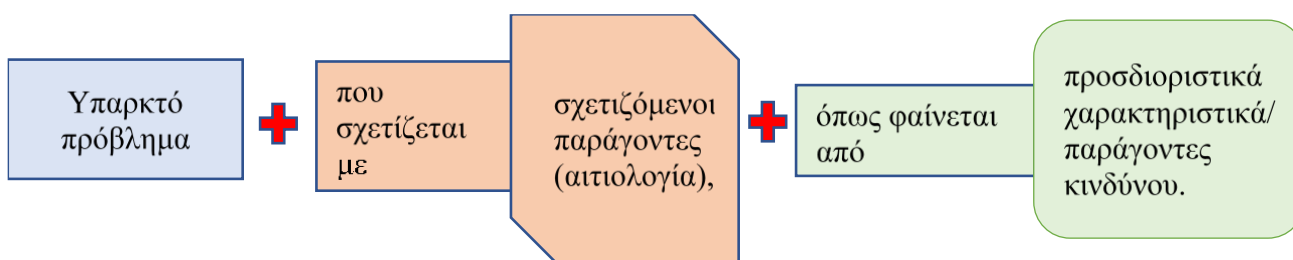
4.2.3 Διατύπωση υπαρκτής διάγνωσης, αυξημένου κινδύνου και πιθανής νοσηλευτικής διάγνωσης

Τα προβλήματα υγείας του ασθενούς μπορεί να είναι υπαρκτά (το πρόβλημα είναι παρόν), να υπάρχει αυξημένος κίνδυνος το πρόβλημα να συμβεί ή να είναι πιθανόν να συμβεί.

- Στη νοσηλευτική διάγνωση για *υπαρκτό πρόβλημα (actual nursing diagnosis)*, το πρόβλημα υπάρχει τη στιγμή της νοσηλευτικής αξιολόγησης, η διάγνωσή του βασίζεται στα σημεία και συμπτώματα και οι νοσηλευτικές παρεμβάσεις εστιάζουν στη θεραπεία ή/και στην ανακούφιση των συμπτωμάτων.

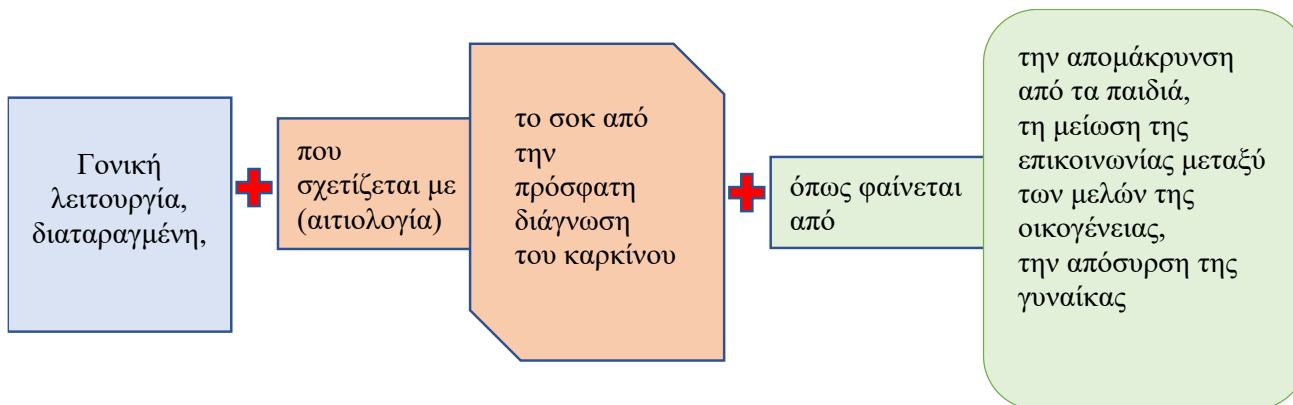
➤ Η διατύπωση διάγνωσης για *υπαρκτό πρόβλημα* περιλαμβάνει (Σχήμα 4.4):

υπαρκτό πρόβλημα (νοσηλευτική διάγνωση),
που σχετίζεται με (related to)... (αιτιολογία, σχετιζόμενοι παράγοντες),
όπως φαίνεται από (as evidenced by)... (προσδιοριστικά χαρακτηριστικά/παράγοντες κινδύνου).



Σχήμα 4.4 Σχηματική απεικόνιση της διατύπωσης διάγνωσης για υπαρκτό πρόβλημα.

- ✓ Παράδειγμα: Γονική λειτουργία, διαταραγμένη, που σχετίζεται με το σοκ της πρόσφατης διάγνωσης του καρκίνου, όπως φαίνεται από την απομάκρυνση από τα παιδιά, τη μείωση της επικοινωνίας μεταξύ των μελών της οικογένειας, την απόσυρση της γυναίκας (Σχήμα 4.5).



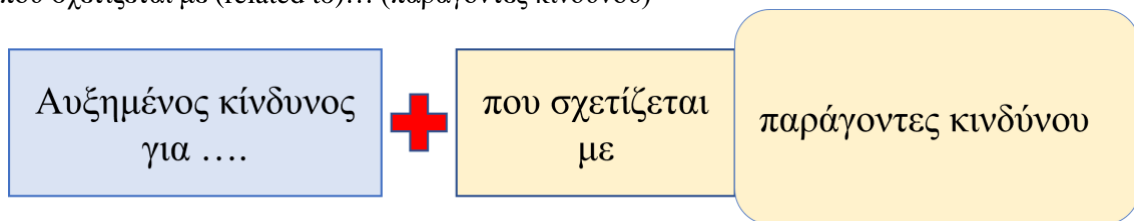
Σχήμα 4.5 Σχηματική απεικόνιση της διατύπωσης διάγνωσης για υπαρκτό πρόβλημα.
Γονική λειτουργία: διαταραγμένη.

- Στη νοσηλευτική διάγνωση κινδύνου (*δνητική*) [*risk (potential) nursing diagnosis*] το πρόβλημα δεν υπάρχει τη στιγμή της νοσηλευτικής αξιολόγησης, αλλά υπάρχουν μόνο οι παράγοντες κινδύνου, που δείχνουν ότι το πρόβλημα είναι δυνατόν να αναπτυχθεί, εκτός και εάν οι νοσηλευτές παρέμβουν κατάλληλα. Οι παράγοντες κινδύνου φαίνεται να αυξάνουν την ευπάθεια του ατόμου ή της ομάδας σε μια κατάσταση που επηρεάζει την υγεία του/της. Στη διατύπωση της διάγνωσης κινδύνου δεν

περιλαμβάνονται προσδιοριστικά χαρακτηριστικά (σημεία και συμπτώματα), διότι το πρόβλημα δεν είναι ακόμη υπαρκτό, αλλά υπάρχει κίνδυνος να εμφανιστεί.

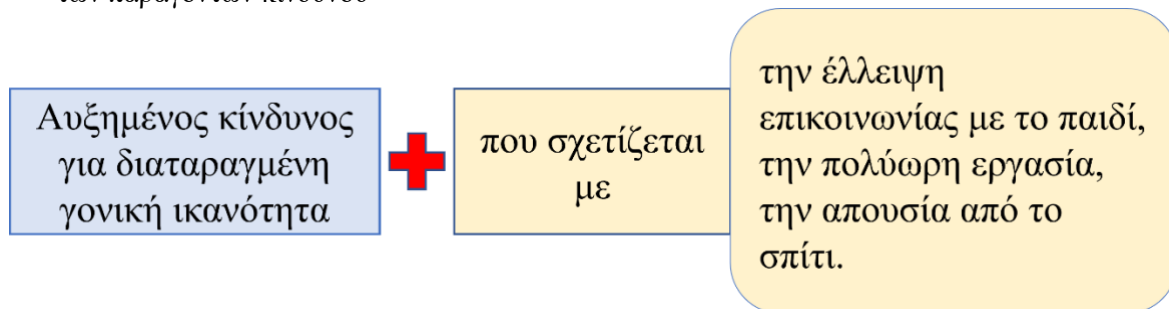
- Η διατύπωση διάγνωσης (αυξημένου) κινδύνου περιλαμβάνει (Σχήμα 4.6):

Διάγνωση κινδύνου: Αυξημένος κίνδυνος για (νοσηλευτική διάγνωση), που σχετίζεται με (related to)... (παράγοντες κινδύνου)



Σχήμα 4.6 Σχηματική απεικόνιση της διατύπωσης διάγνωσης αυξημένου κινδύνου.

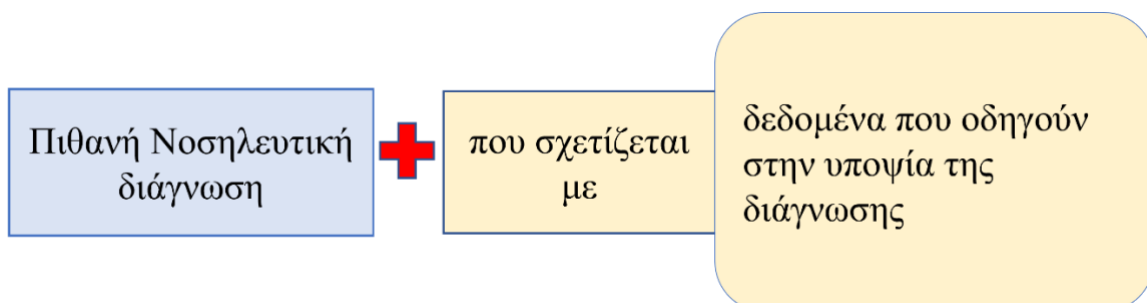
- ✓ Παράδειγμα 1: Αυξημένος κίνδυνος για διαταραγμένη γονική ικανότητα που σχετίζεται με την έλλειψη επικοινωνίας με το παιδί, την απουσία από το σπίτι, την πολύωρη εργασία (Σχήμα 4.7).
- ✓ Παράδειγμα 2: Αυξημένος κίνδυνος για τραυματισμό/πτώση που σχετίζεται με την ελλιπή επίγνωση των παραγόντων κινδύνου



Σχήμα 4.7 Σχηματική απεικόνιση της διατύπωσης διάγνωσης αυξημένου κινδύνου: Αυξημένος κίνδυνος για διαταραγμένη γονική ικανότητα.

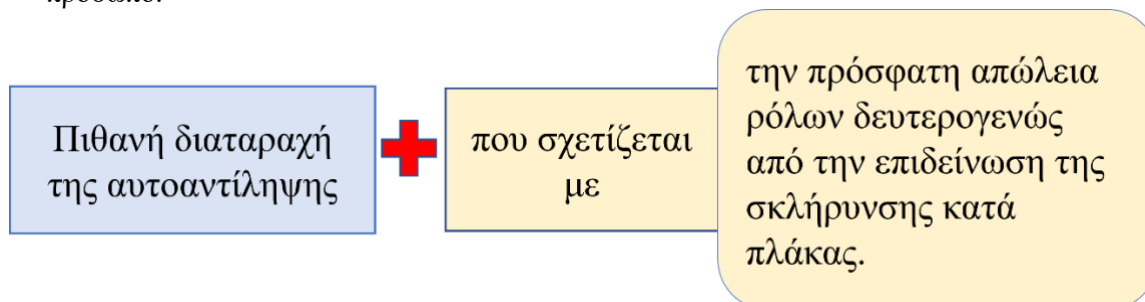
- Η πιθανή νοσηλευτική διάγνωση (*possible nursing diagnosis*) αφορά μια κλινική κρίση του νοσηλευτή, υποδεικνύοντας ότι υπάρχουν ανεπαρκή δεδομένα προς το παρόν για την επιβεβαίωση της διάγνωσης. Περιγράφει, δηλαδή, ένα πιθανό πρόβλημα με σκοπό να κινητοποιήσει τους νοσηλευτές να συνεχίσουν να συλλέγουν δεδομένα για να επιβεβαιώσουν ή να αποκλείσουν το πρόβλημα (Σχήμα 4.8).

- Διατύπωσης πιθανής νοσηλευτικής διάγνωσης



Σχήμα 4.8 Σχηματική απεικόνιση της διατύπωσης πιθανής νοσηλευτικής διάγνωσης.

- ✓ Παράδειγμα 1: Πιθανή διαταραχή της αυτοαντίληψης που σχετίζεται με την πρόσφατη απώλεια ρόλων δευτερογενώς από την επιδείνωση της σκλήρυνσης κατά πλάκας (Σχήμα 4.9).
- ✓ Παράδειγμα 2: Πιθανή κοινωνική απομόνωση που σχετίζεται με τη δυσμορφία που έχει το παιδί στο πρόσωπο.



Σχήμα 4.9 Σχηματική απεικόνιση της διατύπωσης πιθανής νοσηλευτικής διάγνωσης: πιθανή διαταραχή της αυτοαντίληψης.

4.2.4 Διατύπωση διάγνωσης καλής κατάστασης υγείας ή προαγωγής υγείας

Σύμφωνα με την ταξινόμηση κατά NANDA, «η διάγνωση καλής κατάστασης υγείας ή προαγωγής υγείας είναι μια κλινική κρίση για κάποιο άτομο, οικογένεια ή κοινότητα κατά τη μετάβασή του σε υψηλότερο επίπεδο ευεξίας», δηλαδή δεν περιγράφει ένα πρόβλημα υγείας.

- Η διατύπωση διάγνωσης καλής κατάστασης υγείας (*wellness nursing diagnosis or health promotion diagnosis*) περιλαμβάνει:

Ετοιμότητα για:

- ✓ Παράδειγμα 1: Ετοιμότητα για βελτίωση της ελπίδας
- ✓ Παράδειγμα 2: Ετοιμότητα προαγωγής οικογενειακού ρόλου
- ✓ Παράδειγμα 3: Ετοιμότητα για μητρικό θηλασμό

4.2.5 Νοσηλευτική διάγνωση συνδρόμου

Η νοσηλευτική διάγνωση συνδρόμου (*syndrome nursing diagnosis*) είναι μια κρίση του νοσηλευτή σχετικά με μια ομάδα προβλημάτων ή νοσηλευτικών διαγνώσεων κινδύνου, τα οποία προβλέπεται να παρουσιαστούν εξαιτίας μιας συγκεκριμένης κατάστασης ή ενός γεγονότος.

Η διατύπωση νοσηλευτικής διάγνωσης συνδρόμου περιλαμβάνει:

Διατύπωση του συνδρόμου / της ομάδας προβλημάτων:

- ✓ Παράδειγμα 1: Σύνδρομο μετατραυματικού στρες
- ✓ Παράδειγμα 2: Σύνδρομο χρόνιου πόνου

4.3 Νοσηλευτικός σχεδιασμός: σχέδιο φροντίδας της οικογένειας για κάθε νοσηλευτική διάγνωση

Νοσηλευτής και οικογένεια συνεργάζονται για τον προσδιορισμό του καλύτερου πλάνου φροντίδας για τη διαχείριση της κατάστασης. Απαιτείται ενεργητική εμπλοκή της οικογένειας στη λήψη αποφάσεων και οι ανάγκες της οικογένειας πρέπει να είναι διατυπωμένες με συνέπεια, σαφήνεια, αναλυτική πληροφόρηση και συμμετοχή στη λήψη αποφάσεων με τους επαγγελματίες υγείας. Οι Corlett και Tycross (2006) αναφέρουν ότι «οι νοσηλευτές συνειδητά ή ασυνείδητα επηρεάζουν το επίπεδο στρες της οικογένειας με τον βαθμό και την ταχύτητα ένταξης και εμπλοκής τους στη φροντίδα» του/των μέλους/μελών της οικογένειας που την έχει/έχουν ανάγκη.

Ο σχεδιασμός περιλαμβάνει :

- *Θέσπιση προτεραιοτήτων.* Οι προτεραιότητες ιεραρχούνται και τεκμηριώνονται. Διακρίνονται σε υψηλής προτεραιότητας, μέσης και χαμηλής προτεραιότητας. Η ιεράρχηση των διαγνώσεων μπορεί να γίνει με βάση την Ιεράρχηση των Ανθρώπινων Αναγκών του Maslow, τις προτιμήσεις των ασθενών / της οικογένειας και την πρόβλεψη μελλοντικών προβλημάτων.
- *Καταγραφή σκοπών/εκβάσεων,* που προσδιορίζουν τη στρατηγική της εκτίμησης των αποτελεσμάτων (γνωστικοί σκοποί, ψυχοκινητικοί, συναισθηματικοί, μακροπρόθεσμοι, βραχυπρόθεσμοι). Για τη διατύπωση των σκοπών/εκβάσεων χρησιμοποιείται το αρκτικόλεξο SMART από τα αρχικά των λέξεων:
 - Specific (Συγκεκριμένοι: Τι θα συμβεί;)
 - Measurable (Μετρήσιμοι: Πώς θα ξέρουμε ότι έχει συμβεί;)
 - Achievable (Επιτεύξιμοι: Μπορεί να πραγματοποιηθεί;)
 - Realistic (Ρεαλιστικοί: Είναι ρεαλιστικό να αναμένεται να συμβεί;)
 - Time-framed (Χρονικά προσδιορισμένοι: Πότε θα πραγματοποιηθεί;)

Για τη διατύπωση των εκβάσεων/σκοπών χρησιμοποιούνται ρήματα όπως ορίζω, προσδιορίζω, ταξινομώ, περιγράφω, εξηγώ, εφαρμόζω, χρησιμοποιώ, επιλέγω, επιδεικνύω, σχεδιάζω κ.ά.

Παραδείγματα διατύπωσης σκοπών/εκβάσεων της νοσηλευτικής φροντίδας:

Σε χρονικό διάστημα ... ωρών/ημερών/εβδομάδων/μηνών:

- Το άτομο θα περιγράφει τους στρεσογόνους παράγοντες και τους μηχανισμούς αντιμετώπισης που χρησιμοποιεί.
- Το άτομο θα χρησιμοποιεί αποτελεσματικούς μηχανισμούς για τη διαχείριση του άγχους, όπως...
- Η οικογένεια / το άτομο θα περιγράφει τα πλεονεκτήματα και μειονεκτήματα των επιλογών της/του.
- Η οικογένεια / το άτομο θα λαμβάνει αποφάσεις μετά από πληροφόρηση.
- Το παιδί θα συζητά τους φόβους του.
- Το άτομο θα περιγράφει τη σχέση μεταξύ μεταβολισμού, διατροφής και άσκησης.
- Το άτομο θα δεσμευτεί στην άσκηση (προσδιορισμός ποσότητας και είδους).
- Η οικογένεια θα συμμετέχει ενεργά σε υγιείς συμπεριφορές, εμβολιασμό του παιδιού, διαγνωστική εξέταση κ.ά.
- Ο/Η άτυπος φροντιστής θα προσδιορίζει παράγοντες οι οποίοι αποτελούν εμπόδια στην αυτοφροντίδα του.
- Η οικογένεια θα προσδιορίζει τις υποστηρικτικές πηγές και τα δίκτυα της κοινότητας στα οποία μπορεί να απευθυνθεί.
- Η μητέρα θα (εκφράζει την πρόθεση να) συζητήσει με τον σύζυγό της την επιθυμία της να αναζητήσει εργασία.
- *Επιλογή κατάλληλων νοσηλευτικών παρεμβάσεων.*
- *Γνωστοποίηση του σχεδίου* της νοσηλευτικής φροντίδας στους συνεργάτες/μέλη της διεπιστημονικής ομάδας.

4.4 Νοσηλευτική παρέμβαση στην οικογένεια

Ο νοσηλευτής μαζί με την οικογένεια εφαρμόζουν το πλάνο φροντίδας. Στην οικογενειακή νοσηλευτική η διαδικασία αλληλεπίδρασης μεταξύ της οικογένειας και της συμπεριφοράς του νοσηλευτή (παρέμβαση), προκαλεί την απάντηση της οικογένειας (έκβαση) και, στη συνέχεια, αυτή προκαλεί ξανά την απάντηση του νοσηλευτή. Οι παρεμβάσεις επιλέγονται και διενεργούνται μαζί με την οικογένεια. Ακολουθείται ένα οικογενειοκεντρικό πλάνο και κατάλληλες παρεμβάσεις που συμβάλλουν στην καλύτερη έκβαση.

Ο νοσηλευτής μπορεί να παρέχει άμεσα φροντίδα, να απομακρύνει εμπόδια και να ενισχύει την ικανότητα της οικογένειας να ενεργήσει από μόνη της και να αναλάβει την ευθύνη. Ο νοσηλευτής αναλαμβάνει πολλούς ρόλους, όπως δάσκαλος, συνήγορος, συντονιστής, αξιολογητής, συμβουλευτής, εκπαιδευτής με σκοπό να βοηθήσει την οικογένεια να εφαρμόσει το σχέδιο φροντίδας που προσδιόρισαν μαζί. Απαραίτητη προϋπόθεση είναι η καλή σχέση και επικοινωνία μεταξύ νοσηλευτή και οικογένειας.

Η *Εφαρμογή του Σχεδίου Φροντίδας* έχει σκοπό να βοηθήσει την οικογένεια στην επίτευξη των επιθυμητών σκοπών υγείας, να προαγάγει την ευεξία, να προλάβει την ασθένεια, να συμβάλει στην αποκατάσταση της υγείας και στη διευκόλυνση της αντιμετώπισης της διαταραγμένης λειτουργικότητας. Ή, με άλλα λόγια, σκοπός των νοσηλευτικών παρεμβάσεων είναι να προκαλέσουν αλλαγή, όπως να μειώσουν τη θερμοκρασία του σώματος, θετική αλλαγή της συμπεριφοράς της οικογένειας προς το υπάρχον ή πιθανό πρόβλημα, να βελτιώσουν τη λειτουργικότητα της οικογένειας, όταν π.χ. αφορά ένα έφηβο παραπληγικό αγόρι και την οικογένειά του. Οι παρεμβάσεις δεν είναι προκαθορισμένες και είναι αποτελεσματικές όταν είναι εξατομικευμένες και ταιριάζουν με τη βιολογική, ψυχολογική, κοινωνική, πνευματική δομή της οικογένειας και των μελών της.

Ο νοσηλευτής πρέπει να γνωρίζει ότι:

- Η αλλαγή εξαρτάται από την αντίληψη της οικογένειας για το πρόβλημα.
- Η αλλαγή εξαρτάται από το περιεχόμενο του σχεδίου φροντίδας.
- Η αλλαγή εξαρτάται από τους επιμέρους στόχους.
- Η κατανόηση και μόνο του προβλήματος δεν είναι αρκετή για να επιφέρει την αλλαγή.
- Οι αλλαγές δεν συμβαίνουν με τον ίδιο τρόπο και στον ίδιο χρόνο στα μέλη της οικογένειας.
- Η διευκόλυνση της αλλαγής είναι ευθύνη του νοσηλευτή.
- Η αλλαγή μπορεί να οφείλεται σε πολλές αιτίες.

Το Σχέδιο Φροντίδας:

- Είναι ένας οδηγός, γραπτός, στον οποίο περιγράφονται οι ανάγκες της οικογένειας και των μελών της με εξατομικευμένη προσέγγιση.
- Είναι ένας τρόπος επικοινωνίας.
- Είναι ένα βασικό εργαλείο για την παροχή φροντίδας στην καθημερινή κλινική πρακτική.
- Προάγει τη συνέχεια στη φροντίδα.
- Προσδιορίζει τη στελέχωση (ανάγκη συνεργασίας μελών διεπιστημονικής ομάδας).
- Αποτελεί εκπαιδευτικό εργαλείο.

Οι νοσηλευτικές παρεμβάσεις γενικά πρέπει:

- να είναι συνεπείς με τα πρότυπα φροντίδας,
- να είναι συμβατές με τις αξίες, τις πεποιθήσεις και το ψυχοκοινωνικό υπόβαθρο της οικογένειας,
- να είναι ρεαλιστικές για τις διαθέσιμες ικανότητες / τον διαθέσιμο χρόνο / τους διαθέσιμους πόρους του νοσηλευτή και της οικογένειας,
- να είναι αποδεκτές από τον ασθενή / την οικογένεια,
- να είναι συμβατές με άλλες προγραμματισμένες θεραπείες,
- να είναι ειδικές κατά περίπτωση για την ηλικία και την κατάσταση του ατόμου και το αναπτυξιακό στάδιο της οικογένειας,
- να δηλώνουν με σαφήνεια:
 - την ημερομηνία καταγραφής της παρέμβασης,
 - ένα ενεργητικό ρήμα που αντανακλά τη δραστηριότητα που θα πραγματοποιηθεί [υποτακτική (να), προστακτική ή ουσιαστικό που αποδίδει το ρήμα],

- τα δεδομένα που προσδιορίζουν τον τρόπο (πώς), τον χρόνο (πότε), τον τόπο (πού), την ποσότητα (πόσο) και τη συχνότητα (πόσο συχνά),
- την υπογραφή και/ή ονοματεπώνυμο του νοσηλευτή.

Οι νοσηλευτικές παρεμβάσεις διακρίνονται σε:

- Άμεσες: υλοποιούνται μέσω της αλληλεπίδρασης με τον ασθενή / την οικογένεια.
- Έμμεσες: υλοποιούνται σε απόσταση από τον χρήστη / τον ασθενή / την οικογένεια, εκ μέρους του χρήστη ή μιας ομάδας χρηστών.
- Ανεξάρτητες/Αυτόνομες: είναι οι παρεμβάσεις τις οποίες ο νοσηλευτής διενεργεί ανεξάρτητα, βασισμένος στο εκπαιδευτικό του υπόβαθρο χωρίς να απαιτείται καθοδήγηση ή επίβλεψη από άλλους επαγγελματίες υγείας (π.χ. αξιολόγηση και αντιμετώπιση αναγκών, διατύπωση νοσηλευτικής διάγνωσης, εκπαίδευση ατόμου/οικογένειας κ.ά.).
- Εξαρτημένες: εφαρμογή ιατρικών οδηγιών (π.χ. χορήγηση φαρμακευτικών ουσιών).
- Συνεργατικές ή αλληλεξαρτώμενες: διενεργούνται με τη συνεργασία νοσηλευτών με τα άλλα μέλη της ομάδας φροντίδας υγείας.

Σύμφωνα με την πρόσφατη Υπουργική Απόφαση υπ' αριθμ. Γ6/Γ.Π.οικ.45664 (ΦΕΚ 4262/10-8-2022) για τις Αρμοδιότητες – Καθήκοντα Νοσηλευτών/-τριών, οι νοσηλευτικές πράξεις διακρίνονται σε α) αυτόνομες και β) νοσηλευτικές πράξεις σε εφαρμογή νοσηλευτικών πρωτοκόλλων κατόπιν ιατρικής οδηγίας.

Στην οικογενειακή νοσηλευτική οι παρεμβάσεις διακρίνονται σε:

- *Συμπληρωματικές (supplemental)*: ο νοσηλευτής παρέχει άμεσα φροντίδα με τις παρεμβάσεις του διότι η οικογένεια δεν μπορεί να το κάνει.
- *Διευκόλυνσης (facilitative)*: ο νοσηλευτής διευκολύνει την οικογένεια και απομακρύνει τα εμπόδια μέσα από κατάλληλες αναγκαίες υπηρεσίες (π.χ. κατ' οίκον φροντίδα υγείας, μεταφορά σε υπηρεσίες υγείας).
- *Αναπτυξιακές (developmental)*: στόχος του νοσηλευτή είναι να διευκολύνει την οικογένεια να αναπτύξει την ικανότητά της, για να αναλάβει τη φροντίδα της (π.χ. αυτοφροντίδα, αυτοϊπευθυνότητα, χρήση πηγών υποστήριξης).

4.4.1 Οι νοσηλευτικές παρεμβάσεις στην οικογένεια

Οι νοσηλευτικές παρεμβάσεις βασίζονται στην αξιολόγηση της οικογένειας, στις νοσηλευτικές διαγνώσεις για την οικογένεια, στα δυνατά σημεία της οικογένειας και στον σχεδιασμό των παρεμβάσεων αυτών. Είναι δυναμικές και ευέλικτες, δεν είναι τυχαίες ή σταθερές, αλλά προσδιορίζονται κάθε φορά από την οικογένεια και τον νοσηλευτή.

Οι νοσηλευτικές παρεμβάσεις στην οικογενειακή νοσηλευτική ορίζονται από τους Wright και Bell (1994) ως «οι ενέργειες ή απαντήσεις των νοσηλευτών, οι οποίες περιλαμβάνουν ξεκάθαρους νοσηλευτικές θεραπευτικές παρεμβάσεις, στο πλαίσιο της σχέσης νοσηλευτή - οικογένειας και με σκοπό να επηρεάσουν τη λειτουργικότητα του ατόμου, της οικογένειας ή της κοινότητας».

Ακολουθεί μια σύντομη αναφορά και περιγραφή βασικών νοσηλευτικών παρεμβάσεων που διενεργούνται από τον νοσηλευτή σε συνεργασία με την οικογένεια.

Διδασκαλία

Η διδασκαλία ή η εκπαίδευση (*teaching*) για την υγεία είναι μια από τις πιο σημαντικές παρεμβάσεις και μπορεί να περιλαμβάνει την προαγωγή της υγείας, την πρόληψη της ασθένειας/ανικανότητας/αναπηρίας και θέματα τα οποία επηρεάζουν τη δυναμική της οικογένειας. Η εκπαίδευση αποτελεί δικαίωμα του ασθενή, καθώς και ηθική, δεοντολογική και νομική υποχρέωση του νοσηλευτή (Προεδρικό Διάταγμα 216/25-7-2001). Η διδασκαλία έχει σκοπό:

- Να παρέχει πληροφορίες ώστε ο χρήστης (άτομο, οικογένεια, κοινότητα) να είναι ικανός να λάβει ενημερωμένες αποφάσεις σχετικά με την υγεία και την ασθένεια.
- Να βοηθήσει τους χρήστες να συμμετέχουν ενεργά και αποτελεσματικά στη φροντίδα τους.

- Να βοηθήσει τους χρήστες να προσαρμοστούν στη νέα πραγματικότητα της ασθένειας (διάγνωση, θεραπεία, πρόγνωση).
- Να αυξήσει το αίσθημα ικανοποίησης των χρηστών από τη συμμετοχή τους στη φροντίδα της υγείας τους.
- Η διαδικασία της διδασκαλίας περιλαμβάνει τα ίδια βήματα με τη νοσηλευτική διεργασία, την αξιολόγηση της ετοιμότητας της οικογένειας για να μάθει σχετικά με το θέμα που αντιμετωπίζει, τη δήλωση του προβλήματος ή εκπαιδευτικών αναγκών, τους σκοπούς, την εφαρμογή και την αξιολόγηση και καταγραφή της προηγηθείσας διαδικασίας.
- Η αξιολόγηση περιλαμβάνει την αξιολόγηση της ετοιμότητας της οικογένειας για να μάθει. Διακρίνεται η *συναισθηματική ετοιμότητα (emotional readiness)*, η οποία περιλαμβάνει τα κίνητρα για μάθηση, και η *εμπειρική ετοιμότητα (experiential readiness)*, η οποία περιλαμβάνει την επάρκεια σε γνώσεις και σε συγκεκριμένες δεξιότητες, καθώς και τις γνώσεις, τις στάσεις και αξίες που σχετίζονται με τη μάθηση.
- Ο προσδιορισμός των εκπαιδευτικών αναγκών σχετικά με την υγεία και την ασθένεια.
- Ο σχεδιασμός περιλαμβάνει τον προσδιορισμό των γνωστικών (ιδέες και απόψεις), των συναισθηματικών (στάσεις) και ψυχοκινητικών (συμπεριφορά) μαθησιακών σκοπών. Οι σκοποί είναι ρεαλιστικοί, μακροχρόνιοι ή βραχυχρόνιοι.
- Η εφαρμογή του σχεδίου διδασκαλίας στα μέλη της οικογένειας, μέλη με διαφορετικές ηλικίες και διαφορετικές αντιλήψεις. Υπάρχει αλληλεπίδραση μεταξύ οικογένειας και νοσηλεύτη, επίδειξη του σχεδίου που θα ακολουθηθεί, προσδιορισμός και εμπειρικές-διαδραστικές στρατηγικές, οι οποίες βοηθούν την οικογένεια να αναπτύξει νέες δεξιότητες, να προσδιορίσει την κατάσταση, να διαχειριστεί το πρόβλημα της υγείας.
- Η αξιολόγηση και καταγραφή περιλαμβάνει την καταγραφή της απάντησης της οικογένειας στην εκπαιδευτική διαδικασία και τον βαθμό στον οποίο επιτεύχθηκαν οι νοσηλευτικοί εκπαιδευτικοί στόχοι.

Οι παράγοντες που επηρεάζουν την εκπαιδευτική διαδικασία διακρίνονται σε όσους σχετίζονται α) με τον εκπαιδευόμενο (π.χ. κίνητρα, ηλικία, ψυχολογική κατάσταση, αντίληψη για το πρόβλημα, ανάγκη χρήσης βοηθημάτων όπως γυαλιά οράσεως και ακουστικά), β) με την επικοινωνία μεταξύ εκπαιδευόμενου και εκπαιδευτή (π.χ. έλλειψη κατανόησης, πολιτισμικά στοιχεία), γ) τον εκπαιδευτή (π.χ. ένταση φωνής, επιλογή βοηθημάτων όπως εικόνες και βίντεο), και δ) με το περιβάλλον (π.χ. περιβάλλον, χρόνος, τεχνικές).

Συμβουλευτική

Η *συμβουλευτική (counselling)* είναι μια διαδικασία αλληλεπίδρασης μεταξύ των δύο ατόμων, δηλαδή του συμβούλου και του συμβουλευομένου, η οποία χαρακτηρίζεται από αποδοχή, σεβασμό, ενσυναίσθηση, αυθεντικότητα/συμβατότητα. Η διαδικασία περιλαμβάνει συνεχή αλληλεπίδραση, όπου ο σύμβουλος με τη χρήση κατάλληλων τεχνικών (ενεργητική ακρόαση, ανοικτές ρωτήσεις, αντανάκλαση συναισθημάτων και νοημάτων, δεξιότητες επίδειξης προσοχής και ενδιαφέροντος, παράφραση, σύνοψη, αυτοαποκάλυψη κ.ά.), εστιάζει στις ανάγκες, τα προβλήματα, τα συναισθήματα του άλλου/δέκτη, με σκοπό να προσαρμόσει τη συμπεριφορά του. Η συμβουλευτική είναι η διαδικασία όπου με την κατανόηση του εσωτερικού πλαισίου αναφοράς του ατόμου εστιάζει στην ανακούφιση της ανησυχίας/αγωνίας, της έντασης, προκειμένου να βοηθήσει το άτομο να αντιμετωπίσει, να αναπτύξει προσαρμοστικές μεθόδους αντιμετώπισης και δεξιότητες για να μειώσει την ένταση που του προκαλεί η κατάσταση που αντιμετωπίζει. Ένα απλό μοντέλο παροχής βοήθειας/συμβουλευτικής περιλαμβάνει τη δημιουργία σχέσης (με τη στάση αποδοχής και σεβασμού), την ανάπτυξη κατανόησης (του προβλήματος και από τα δύο μέλη), τη διαδικασία αλλαγής (ενίσχυση για την αποτελεσματική αντιμετώπιση της κατάστασης από τον δέκτη). Η συμβουλευτική είναι μια διαδικασία που απαιτεί ειδικές γνώσεις και δεξιότητες από την πλευρά του συμβούλου αλλά και προετοιμασία και εξοικείωση για την άσκηση της στη νοσηλευτική πρακτική.

Σύναψη συμβολαίου

Η *σύναψη συμβολαίου (contracting)* είναι ένας αποτελεσματικός τρόπος για την εμπλοκή της οικογένειας στη συνεργατική διαδικασία. Αφορά τη συμφωνία μεταξύ της οικογένειας και του νοσηλευτή/επαγγελματία υγείας, για τους σκοπούς, τον χρόνο της συνεργασίας, τις δεσμεύσεις-ευθύνες της οικογένειας, τις δεσμεύσεις-ευθύνες του επαγγελματία υγείας, τα βήματα για την επίτευξη του σκοπού και τη χρηματική αμοιβή, όταν υπάρχει.

Βασικό πλεονέκτημα της διαδικασίας είναι η αξιολόγηση των αποτελεσμάτων της συνεργασίας στο τέλος της περιόδου συνεργασίας, όπου τίθεται νέο συμβόλαιο ή η συνεργασία διακόπτεται.

Διαχείριση περίπτωσης

Η *διαχείριση περίπτωσης (case management)* είναι μια διαδικασία η οποία: α) εμπλέκει ενεργά την οικογένεια, β) έχει ολιστική προσέγγιση, γ) προσανατολίζεται στην αυτοφροντίδα και στον αυτοπροσδιορισμό, και δ) περιλαμβάνει τον συντονισμό και την αποτελεσματική χρήση των υπηρεσιών και υποστηρικτικών πηγών. Απώτερος σκοπός είναι ο έλεγχος του κόστους, η βελτίωση της φροντίδας, η διατήρηση της ποιότητας της φροντίδας και η ικανοποίηση του πελάτη. Περιλαμβάνει τη συνηγορία της οικογένειας, δηλαδή την πληροφόρηση και, στη συνέχεια, την υποστήριξη στις αποφάσεις και τον συντονισμό, δηλαδή την παροχή μεγάλου εύρους υπηρεσιών για τις πολύπλοκες ανάγκες μέσα από τη διαδικασία ελέγχου.

Συνεργασία

Η *συνεργασία (collaboration)* είναι η συνεχής διαδικασία του από κοινού σχεδιασμού και δράσης όπου τα μέλη της οικογένειας μοιράζονται την υπευθυνότητα για τις εκβάσεις και την ικανότητα να ενεργούν μαζί για την επίτευξη κοινών σκοπών, χρησιμοποιώντας τις τεχνικές επίλυσης προβλήματος. Η συνεργασία προσεγγίζεται ως ξεχωριστή νοσηλευτική παρέμβαση αλλά και ως στρατηγική της διαχείρισης περίπτωσης. Τα μέλη που συμμετέχουν είναι η οικογένεια, ο οικογενειακός νοσηλευτής/επαγγελματίας υγείας και τα άλλα μέλη της διεπιστημονικής ομάδας (ιατρός, κοινωνικός λειτουργός, βοηθός, φυσιοθεραπευτής, ψυχολόγος κ.ά.).

Ο νοσηλευτής ως πρόσωπο αναφοράς

Ο νοσηλευτής ως *πρόσωπο αναφοράς (consultant)* συμμετέχει στη διαδικασία αλληλεπίδρασης μεταξύ δύο ατόμων, το ένα είναι το πρόσωπο αναφοράς, δηλαδή ο εξειδικευμένος νοσηλευτής/ειδικός (π.χ. ψυχολόγος, γιατρός), και του ατόμου/χρήστη, που έχει ανάγκη και αποδέχεται τη βοήθεια του προσώπου αναφοράς. Ο ρόλος του νοσηλευτή/ειδικού είναι να προσφέρει πληροφορίες, να καθοδηγήσει και να βοηθήσει στην επίλυση των προβλημάτων μετά από κατάλληλη ενημέρωση, και όχι να προσφέρει λύσεις. Ο χρήστης μπορεί να δεχθεί ή να απορρίψει τις συστάσεις του προσώπου αναφοράς, αλλά παραμένει άμεσα υπεύθυνος για τις ενέργειές του και τα αποτελέσματα αυτών. Σκοπός αυτού του ρόλου είναι να δώσει στον πελάτη την ευκαιρία να διερευνήσει, να ανακαλύψει και να αποσαφηνίσει του τρόπους που θα τον βοηθήσουν να ζει περισσότερο ικανοποιητικά. Η αλληλεπίδραση αυτή μπορεί να έχει τη μορφή της συζήτησης για ένα συγκεκριμένο πρόβλημα και την παροχή πληροφοριών ή συζήτηση εναλλακτικών για αυτό- ή να έχει τη μορφή της συνέντευξης της οικογένειας παρέχοντας πρόσθετη αξιολόγηση των αναγκών.

Ενδυνάμωση της οικογένειας

Η *ενδυνάμωση (empowerment)* ως μέθοδος παρέμβασης εφαρμόζεται από πολλούς επαγγελματίες οι οποίοι ασχολούνται με τον άνθρωπο. Ενδυνάμωση σημαίνει αφουγκράζομαι τη φωνή του χρήστη και τον εμπλέκω στον σχεδιασμό, την προσφορά και την αξιολόγηση της προσφοράς φροντίδας μετά από κατάλληλη πληροφόρηση, και έχει τα ακόλουθα χαρακτηριστικά:

- Είναι μια διαδικασία βοήθειας.
- Περιλαμβάνει τη συνεργασία των μελών της οικογένειας.
- Χαρακτηρίζεται από δυνατότητα επιλογής.
- Χαρακτηρίζεται από ελευθερία επιλογών και υπευθυνότητα.
- Οι προϋποθέσεις για την ενδυνάμωση της οικογένειας, περιλαμβάνουν τα εξής:
- Ενθάρρυνση της ενεργού συμμετοχής της οικογένειας και των μελών της.
- Προσεκτική ακρόαση, ενεργητική ακρόαση των ανησυχιών της οικογένειας και έναρξη από το σημείο όπου βρίσκεται η οικογένεια, δηλαδή το πρόβλημα που αντιμετωπίζει αυτή τη στιγμή στο αναπτυξιακό στάδιο που βρίσκεται.
- Αναγνώριση της οικογένειας και των μελών της ως ισότιμων μελών της ομάδας.

- Επέκταση του οράματος της οικογένειας στις διαθέσιμες επιλογές και στις δυνατότητες αυτού του οράματος για να πραγματοποιηθεί.
- Ενθάρρυνση της αυτοβοήθειας των μελών.
- Εμπλοκή των μελών στον αυτοπροσδιορισμό και στην αυτονομία για τη διερεύνηση και επιλογή από τις εναλλακτικές επιλογές.
- Αναγνώριση ότι τα μέλη και ο επαγγελματίας υγείας έχουν τους δικούς τους τρόπους για τη διατήρηση της υγείας και τη διαχείριση των προβλημάτων υγείας.
- Αναγνώριση ότι η οικογένεια και ο επαγγελματίας υγείας ενισχύουν τη σχέση τους με τα δυνατά τους σημεία και τις υποστηρικτικές πηγές τους.
- Ανεύρεση και επιβεβαίωση των δυνατών σημείων της οικογένειας και επίδειξη εμπιστοσύνης σε αυτήν.
- Συνηγορία του νοσηλευτή για την οικογένεια ως πελάτη στο σύστημα υγείας.
- Επιβεβαίωση της οικογένειας για τις θετικές αλλαγές και ενίσχυση της άποψης ότι αυτές θα επιτευχθούν.

4.4.2 Δυσκολίες και προβλήματα στην εφαρμογή των νοσηλευτικών παρεμβάσεων στην οικογένεια

Τα προβλήματα στην εφαρμογή των νοσηλευτικών παρεμβάσεων στην οικογένεια διακρίνονται σε αυτά που σχετίζονται με την οικογένεια και αυτά που σχετίζονται με τον νοσηλευτή.

Προβλήματα που σχετίζονται με την οικογένεια αφορούν:

- Επίδειξη αδιαφορίας («και τι έγινε;»), απάθεια, απελπισία, μοιρολατρία, αδιαφορία για τις πηγές υποστήριξης.
- Αναποφασιστικότητα: δυσκολία στη λήψη αποφάσεων, δεν λαμβάνουν πρωτοβουλίες.
- Ο νοσηλευτής αναλαμβάνει υποστηρικτικό ρόλο και αναδεικνύει τα πλεονεκτήματα και μειονεκτήματα των επιλογών.

Προβλήματα που σχετίζονται με τον νοσηλευτή:

- Ο νοσηλευτής επιβάλλει τις δικές του ιδέες.
Αναστοχασμός νοσηλευτή: πόσο συχνά οι αποφάσεις που λαμβάνονται τελικά είναι της οικογένειας;
- Αρνητικοί χαρακτηρισμοί για την οικογένεια (π.χ. «αναποτελεσματικές παρεμβάσεις», «αντίσταση της οικογένειας»)
Αναστοχασμός νοσηλευτή: όταν η παρέμβαση δεν είναι αποτελεσματική, ο νοσηλευτής αναρωτιέται τι πρέπει να κάνει ο ίδιος διαφορετικά και τι πρέπει να κάνει διαφορετικά η οικογένεια.
- Εστίαση στις αδυναμίες και τα προβλήματα και όχι στα δυνατά σημεία και τις πηγές υποστήριξης.
Αναστοχασμός νοσηλευτή: ποιες παρεμβάσεις μπορεί ο ίδιος ο νοσηλευτής να εφαρμόσει οι οποίες αξιοποιούν τα δυνατά σημεία της οικογένειας;
- Παράληψη εκτίμησης διαφορετικότητας-πολιτισμικής και όχι μόνο αυτής.
Αναστοχασμός νοσηλευτή: το πλάνο φροντίδας λαμβάνει υπόψη τα πολιτισμικά χαρακτηριστικά;

4.5 Εκτίμηση των αποτελεσμάτων των νοσηλευτικών παρεμβάσεων

Η εκτίμηση των αποτελεσμάτων των παρεμβάσεων είναι το τελευταίο βήμα της νοσηλευτικής διεργασίας.

Ο νοσηλευτής μαζί με την οικογένεια καθορίζουν εάν τα αποτελέσματα επιτεύχθηκαν και σε ποιον βαθμό, λαμβάνοντας πάντα υπόψη τον σκοπό και τις εκβάσεις που ετέθησαν σε προηγούμενο στάδιο της νοσηλευτικής διεργασίας, ποια η επίδραση στο άρρωστο μέλος της οικογένειας και στα υπόλοιπα μέλη της ξεχωριστά, στα υποσυστήματα, στην οικογένεια ως μονάδα, η αλληλεπίδραση με το περιβάλλον, η αλληλεπίδραση με τον νοσηλευτή.

- Το πλάνο φροντίδας έχει καλά αποτελέσματα;
- Χρειάζονται τροποποιήσεις και σε ποια σημεία;
- Η συνεργασία οικογένειας - νοσηλευτή μπορεί να τελειώσει;
- Ενδεικτικά εμπόδια στην επιθυμητή έκβαση μπορούν να είναι:
- Αδιαφορία/Απάθεια της οικογένειας.

- Φόβος αποτυχίας.
- Αναποφασιστικότητα οικογένειας για το επιθυμητό αποτέλεσμα.
- Επιβολή απόψεων από τον νοσηλευτή.
- Αρνητικές επισημάνσεις, εστίαση σε αρνητικά σημεία και όχι στα δυνατά σημεία της οικογένειας.
- Υπερεκτίμηση δυνάμεων οικογένειας.
- Παράλειψη αξιολόγησης επίδρασης πολιτισμικών χαρακτηριστικών.
- Αντίληψη αισθήματος απελπισίας από την οικογένεια για το θέμα που την απασχολεί.
- Περιορισμένη πρόσβαση σε πόρους και υποστήριξη (όπως εξειδικευμένες δομές, οικονομικοί πόροι, υποστηρικτικά δίκτυα κ.ά.).
- Οικονομικοί περιορισμοί.
- Φόβος και δυσπιστία για το σύστημα υγείας και τις υπηρεσίες υγείας.
- Η εκτίμηση της έκβασης γίνεται με:
- Ανάπτυξη κριτηρίων αξιολόγησης της υπάρχουσας κατάστασης που χρήζει αντιμετώπισης.
- Συλλογή δεδομένων και σύγκριση με τα πρότυπα.
- Περίληψη των ευρημάτων και ερμηνεία αυτών.
- Αναγνώριση σειράς ενεργειών, στις οποίες νοσηλεύτης και οικογένεια πρέπει να προβούν προκειμένου για την επίλυση/διευκόλυνση/επιτυχή έκβαση της κατάστασης που απασχολεί την οικογένεια.
- Ορθή εφαρμογή αντίστοιχων ενεργειών με βάση τα ευρήματα.

Σε αυτήν τη φάση της νοσηλευτικής διεργασίας διενεργείται ο *αναστοχασμός του νοσηλευτή*, δηλαδή ο νοσηλευτής ασκεί δημιουργική κριτική και προβληματίζεται για τη συνεργασία του με την οικογένεια, και συγκεκριμένα:

- Αναστοχάζεται, προβληματίζεται για την επιτυχή έκβαση των ενεργειών στις οποίες προέβη η οικογένεια για την αντιμετώπιση του ζητήματος που την απασχολεί.
- Αξιοποιεί την εμπειρία του με την οικογένεια και τις μεθόδους που εφάρμοσε.
- Αυτοαξιολογείται, προσδιορίζει λάθη και επιτυχείς παρεμβάσεις.

Υπάρχει περίπτωση, αρκετά συχνά, να υπάρχει ανάγκη τροποποίησης στο σχέδιο φροντίδας με αποτέλεσμα να χρειάζεται:

- τροποποίηση των νοσηλευτικών διαγνώσεων,
- διατύπωση περισσότερο ρεαλιστικών σκοπών,
- προσαρμογή των χρονικών κριτηρίων στη διατύπωση των σκοπών,
- αλλαγή των νοσηλευτικών παρεμβάσεων.

4.6 Το Σύστημα Ταξινόμησης Omaha

Το *Σύστημα Ταξινόμησης Omaha* μπορεί να χρησιμοποιηθεί από όλους τους επαγγελματίες υγείας που εμπλέκονται στη φροντίδα ατόμων σε κοινοτικές δομές και δομές δημόσιας υγείας.

Το Σύστημα Ταξινόμησης Omaha μεταφράστηκε στην ελληνική γλώσσα από τη Χριστίνα Γκαμπρίς, νοσηλεύτρια, στο πλαίσιο της απόκτησης Μεταπτυχιακού Διπλώματος στην Κοινωνική Νοσηλευτική το 2011 από το Τμήμα Νοσηλευτικής του Εθνικού και Καποδιστριακού Πανεπιστημίου Αθηνών και, συγχρόνως, εφαρμόστηκε στην πράξη σε δείγμα ατόμων με άνοια.

Το σύστημα περιγράφει τις διαγνώσεις, τις παρεμβάσεις και τις εκβάσεις αυτών. Συγκεκριμένα, αποτελείται από 3 αλληλεξαρτώμενα συστατικά, το Σύστημα Ταξινόμησης Προβλημάτων, το Σύστημα Παρέμβασης και την Κλίμακα Κατάταξης Προβλημάτων για τις Εκβάσεις.

Η δομή του συστήματος τείνει από το γενικό προς το ειδικό. Οι όροι μπορούν να χρησιμοποιηθούν για τους χρήστες, δηλαδή άτομα, οικογένειες και κοινότητες, όλων των ηλικιών, των ιατρικών διαγνώσεων, των πολιτισμικών χαρακτηριστικών. Ο επαγγελματίας υγείας μπορεί να είναι οποιοσδήποτε παρέχει φροντίδα στον χρήστη των υπηρεσιών υγείας (νοσηλευτές, κοινωνικοί λειτουργοί, ιατροί, φυσικοθεραπευτές, σύμβουλοι, διαιτολόγοι κ.ά.).

Στο μοντέλο εφαρμόζεται η νοσηλευτική διεργασία, εκ της οποίας τα στάδια της νοσηλευτικής αξιολόγησης και της νοσηλευτικής διάγνωσης αντιστοιχούν στο Σύστημα Ταξινόμησης Προβλημάτων, ο

σχεδιασμός και οι παρεμβάσεις αντιστοιχούν στο Σύστημα Παρέμβασης, και η τελική φάση, η εκτίμηση των αποτελεσμάτων, αντιστοιχεί στην Κλίμακα Κατάταξης Προβλημάτων για τις Εκβάσεις.

Το Σύστημα Omaha σχεδιάστηκε προκειμένου να χρησιμοποιηθεί από διάφορους επαγγελματίες υγείας που εργάζονται σε διάφορους τομείς φροντίδας (διαχείρισης, διοίκησης, έρευνας, εκπαίδευσης κ.ά.). Ευρέως χρησιμοποιείται σήμερα από τους νοσηλευτές κατ' οίκον φροντίδας, ανακουφιστικής φροντίδας, σχολικούς νοσηλευτές, όπως επίσης και άλλους επαγγελματίες υγείας που εμπλέκονται στη διεπιστημονική ομάδα για τη φροντίδα της υγείας του ατόμου, της οικογένειας και της κοινότητας. Βρίσκει εφαρμογή στη φροντίδα υγείας ασθενών τόσο από το προσωπικό όσο και από εκπαιδευόμενους φοιτητές.

4.6.1 Το Σύστημα Ταξινόμησης Προβλημάτων

Το Σύστημα Ταξινόμησης Προβλημάτων (*Problem Classification Scheme*) περιλαμβάνει 4 επίπεδα (Γκαμπρίς, 2011):

Το Επίπεδο 1 περιλαμβάνει 4 Τομείς:

- 1) τον περιβαλλοντικό τομέα, ο οποίος αφορά το εισόδημα και το φυσικό περιβάλλον, εξίσου εντός και εκτός της κατοικίας, γειτονιάς και ευρύτερης κοινότητας,
- 2) τον ψυχοκοινωνικό τομέα, ο οποίος αφορά την επικοινωνία με τους πόρους της κοινότητας, τις κοινωνικές επαφές, την εκπλήρωση των ρόλων, την ψυχική υγεία, την πνευματικότητα κ.ά.,
- 3) τον φυσιολογικό τομέα, ο οποίος αφορά λειτουργίες και διαδικασίες που διατηρούν το άτομο τη ζωή, όπως αναπνοή, όραση, ακοή, ενυδάτωση, λειτουργία κυκλοφορικού, αναπνευστικού, ουροποιητικού συστήματος κ.ά., και
- 4) τον τομέα συμπεριφορών σχετιζόμενων με την υγεία, ο οποίος αφορά τρόπους δραστηριότητας που ευνοούν ή προάγουν την ευημερία, που προάγουν την ανάρρωση και μειώνουν τον κίνδυνο νόσησης, όπως ο ύπνος, η ανάπαυση, η διατροφή, η συμμόρφωση με τη φαρμακευτική αγωγή κ.ά.

Το Επίπεδο 2 περιλαμβάνει: 42 Προβλήματα (όρους που αναφέρονται ως προβλήματα του πελάτη ή νοσηλευτικές διαγνώσεις ή περιοχές αναγκών ανησυχιών και ικανοτήτων του πελάτη).

Το Επίπεδο 3 περιλαμβάνει: 2 σύνολα από Τροποποιητές (το πρώτο σύνολο περιλαμβάνει το Άτομο, Οικογένεια, Κοινότητα και το δεύτερο περιλαμβάνει τους όρους Προαγωγή Υγείας, Δυνητικός και Πραγματικός).

Το Επίπεδο 4 περιλαμβάνει: τα Σημεία/Συμπτώματα (περιγράφει τα υπαρκτά, πραγματικά προβλήματα).

4.6.2 Το Σύστημα Παρέμβασης

Το Σύστημα Παρέμβασης (*Intervention Scheme*) περιλαμβάνει τις παρεμβάσεις, δηλαδή τις ενέργειες των επαγγελματιών υγείας. Σε ένα σχέδιο φροντίδας οι παρεμβάσεις είναι ειδικές για το πρόβλημα και συμπληρώνονται από πληροφορίες για τον πελάτη (Γκαμπρίς, 2011). Περιλαμβάνει 3 επίπεδα:

Το Επίπεδο 1 περιλαμβάνει: 4 κατηγορίες παρεμβάσεων, τουτέστιν την εκπαίδευση, την καθοδήγηση και συμβουλευτική, τις θεραπείες και διαδικασίες, τη διαχείριση περιπτώσεων και τη διερεύνηση.

Το Επίπεδο 2 περιλαμβάνει: 75 στόχους ή αντικείμενα δράσης στη φροντίδα, που συσχετίζονται με όλες τις κατηγορίες και υπάρχει η επιλογή «άλλο». Ενδεικτικά αναφέρονται στόχοι όπως η διαχείριση θυμού, η συνέχεια της φροντίδας, η εκπαίδευση, η αλληλεπίδραση, ο προσυμπτωματικός έλεγχος, η φροντίδα από ανεπίσημο φροντιστή, η διαχείριση του στρες, η ασφάλεια, η ατομική υγιεινή, η νοσηλευτική φροντίδα κ.ά.

Το Επίπεδο 3 περιλαμβάνει: πληροφορίες σχετικές με τον χρήστη.

4.6.3 Η Κλίμακα Κατάταξης Προβλημάτων για τις Εκβάσεις

Η Κλίμακα Κατάταξης Προβλημάτων για τις Εκβάσεις (*Problem Rating Scale for Outcomes*) είναι ένα πλαίσιο εκτίμησης της προόδου του χρήστη σε σχέση με τα προβλήματα που αντιμετωπίζει. Αποτελείται από τρεις κλίμακες των 5 σημείων: την κλίμακα της Γνώσης, της Συμπεριφοράς και της Κατάστασης, όπου (1) είναι ο ελάχιστος και (5) ο μέγιστος βαθμός για τη μέτρηση του εύρους της σοβαρότητας των τριών κλιμάκων. Η Κλίμακα Κατάταξης Προβλημάτων για τις Εκβάσεις βασίζεται στην υπόθεση ότι το πρόβλημα που εντοπίζεται σχετίζεται άμεσα με τη γνώση του πελάτη, με τη συμπεριφορά του και με την κατάσταση του. Η «Γνώση»

αφορά ό,τι γνωρίζει το άτομο για το συγκεκριμένο πρόβλημα και μπορεί να χαρακτηριστεί ως καθόλου γνώση, ελάχιστη, βασική, επαρκής και πλήρης· η «Συμπεριφορά» αφορά ενέργειες που κάνει το άτομο σχετικά με το πρόβλημά του και μπορεί να χαρακτηριστεί ως ακατάλληλη συμπεριφορά, σπάνια κατάλληλη, ατελώς κατάλληλη, συνήθως κατάλληλη και σταθερά κατάλληλη, και η «Κατάσταση» η οποία αφορά τη συχνότητα και στη σοβαρότητα των σημείων και των συμπτωμάτων που το άτομο βιώνει ή αναφέρει, οι δυσκολίες που το ίδιο το άτομο αντιμετωπίζει στην επιτέλεση των ρόλων του, και μπορεί να χαρακτηριστεί ως ακραία σημεία/συμπτώματα, σοβαρά σημεία/ συμπτώματα, μέτρια σημεία/συμπτώματα, ελάχιστα σημεία/συμπτώματα και καθόλου σημεία/συμπτώματα (Γκαμπρίς, 2011).

Συνοψίζοντας, το σύστημα Omaha βρίσκει ευρεία εφαρμογή στην κοινοτική νοσηλευτική, είναι το ίδιο εύχρηστο σε ηλεκτρονική αλλά και έντυπη μορφή και δίνει τη δυνατότητα ώστε οι πληροφορίες να χρησιμοποιηθούν για τον σχεδιασμό των υπηρεσιών και της φροντίδας. Αναφέρεται ότι υπάρχουν 12.600 πιθανοί συνδυασμοί προβλημάτων, κατηγοριών και στόχων στο σύστημα Omaha (Martin, 2005· Eardley et al., 2018).

4.7 Τεκμηρίωση και καταγραφή της νοσηλευτικής φροντίδας

Η τεκμηρίωση και καταγραφή της νοσηλευτικής φροντίδας είναι ευθύνη του νοσηλευτή. Έχοντας υπόψη πως «ό,τι δεν έχει καταγραφεί δεν έχει γίνει», ότι ο φάκελος υγείας του χρήστη είναι νομικό έγγραφο και ότι ο φάκελος υγείας αποτελεί πολλές φορές και τον μοναδικό τρόπο επικοινωνίας μεταξύ των επαγγελματιών υγείας, η σωστή καταγραφή και τεκμηρίωση της παρεχόμενης νοσηλευτικής φροντίδας είναι σε κάθε περίπτωση υποχρέωση του νοσηλευτή. Η καταγραφή ακολουθεί συγκεκριμένους κανόνες, οι οποίοι κρίνεται σκόπιμο να εφαρμόζονται για την ασφάλεια του ασθενή, του επαγγελματία υγείας αλλά και τη βελτίωση της ποιότητας της φροντίδας. Στην περίπτωση της κατ' οίκον νοσηλευτικής φροντίδας η καταγραφή αποσκοπεί στην ανάδειξη της νοσηλευτικής φροντίδας, την ασφάλεια του ασθενή, την ανταλλαγή πληροφοριών μεταξύ των εμπλεκόμενων στη φροντίδα υγείας, την ικανοποίηση των επαγγελματικών απαιτήσεων και την ικανοποίηση και των νομικών απαιτήσεων.

4.8 Ο Νοσηλευτής μέλος της διεπιστημονικής ομάδας

Η προσέγγιση του ανθρώπου ως βιολογικής, ψυχολογικής, κοινωνικής και πνευματικής οντότητα στην αντιμετώπιση των προβλημάτων που σχετίζονται με την υγεία του εμπεριέχει τη συνεργασία μεταξύ διάφορων επαγγελματιών και επιστημόνων για την ικανοποίηση των προβλημάτων και αναγκών του. Όταν οι νοσηλευτές αναλύουν και ερμηνεύουν τα δεδομένα τους, στο πλαίσιο της νοσηλευτικής διεργασίας διαπιστώνουν και προβλήματα τα οποία αντιμετωπίζονται από άλλα μέλη της διεπιστημονικής ομάδας, και επομένως προβαίνουν σε παραπομπές. Αντίστοιχα δέχονται και παραπομπές από άλλα μέλη της διεπιστημονικής ομάδας. Επιπρόσθετα, έχει τεκμηριωθεί ότι η ποιότητα, η συνέχεια και ολοκλήρωση της φροντίδας υγείας στην κοινότητα εξασφαλίζεται με τη λειτουργία της διεπιστημονικής ομάδας. Ο τρόπος λειτουργίας αυτής, όπως και ο ρόλος του νοσηλευτή στην ομάδα της πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας έχουν περιγραφεί αναλυτικά (Καλοκαιρινού κ.συν., 2015).

Θυμηθείτε ότι:

- Ο νοσηλευτής της οικογένειας ενδείκνυται να συνεργαστεί με την οικογένεια και τα μέλη της εστιάζοντας στα δυνατά της σημεία.
- Εφαρμόζοντας τη νοσηλευτική διεργασία για την οικογένεια θα καθορίσουν μαζί, νοσηλευτής και οικογένεια, τις προτεραιότητες.
- Οι παρεμβάσεις μπορούν να εστιάζουν στη δομή, στη λειτουργία και στις διαδικασίες της οικογένειας.
- Η εφαρμογή στην πράξη ενός συστήματος νοσηλευτικών διαγνώσεων, παρεμβάσεων ή εκβάσεων θα διασφαλίσει την επαρκή προσέγγιση των προβλημάτων και αναγκών της οικογένειας και την αποτελεσματικότερη αντιμετώπισή τους.

Ξενόγλωσση Βιβλιογραφία

- Aktas, B., Yilmaz, M., Kaplan, N., Çankiri, B. (2017). Application of the Omaha System in the Determination of Healthcare Needs of Individuals Receiving Home Healthcare. *Journal of Gerontology & Geriatric Research*, 06(379). <https://doi.org/10.4172/2167-7182.1000379>
- Banks, L. J. (1992). Counseling. In Bulechek, G.M. & McCloskey, J.C. (eds) *Nursing interventions. Essential nursing treatments* (2nd edition), Philadelphia, Saunders (pp 279-303, p 281).
- Canham, D., Mao, C., Yoder, M., Connolly, P., & Dietz, E. (2008). The Omaha System and quality measurement in academic nurse-managed centers: Ten steps for implementation. *Journal of Nursing Education*, 47(3), 105-110.
- Carpenito, L. (2013). *Nursing diagnosis: application to clinical practice*. 14th edition. Philadelphia, J. B. Lippincott Company.
- Crandall, A., Novilla, L. K. B., Hanson, C. L., Barnes, M. D., & Novilla, M. L. B. (2019). The public health family impact checklist: a tool to help practitioners think family. *Frontiers in Public Health*, 7(331).
- Deacon, S. A., & Piercy, F. P. (2001). Qualitative methods in family evaluation: Creative assessment techniques. *American Journal of Family Therapy*, 29(5), 355-373.
- Eardley, D. L. et al. (2018). The Omaha system as a structured instrument for bridging nursing informatics with public health nursing education. *CIN - Computers Informatics Nursing*, 36(6), 275-283.
- Friedman, M. M. (1998). *Family nursing: Research, theory and practice*. 4th edition, Stamford, Appleton & Lange.
- Garvin, J. H. et al. (2008). Omaha System: Coded Data That Describe Patient Care. *Journal of AHIMA*, 79(3), 44-49.
- Hanson, S. M. H. (2001). *Family health care nursing: Theory, practice, and research* (2nd edition). Philadelphia, F.A. Davis.
- International Family Nursing Association. (2015). *Position statement on generalist competencies for family nursing practice*. Mankato: IFNA.
- Kaakinen, J. R. (2010). Family Nursing Process: Family Nursing Assessment Models. In Kaakinen, J. R., Gedaly-Duff, V., Coehlo, D. P., Hanson, S.M.H. (eds) *Family health care nursing: theory, practice and research* (4th edition). Philadelphia, FA Davis Company, (pp 103-130).
- Leonard, M., & Miller, E. (2012). *Nursing case management review & recourse manual* (4th edition). Silver Spring, American Nurses Credentialing Center.
- Martin, K. S. (2005). *The Omaha system: a key to practice, documentation and information management*. USA, Health Connection Press.
- Martin, K., Leak, G., & Aden, C. (1992). The Omaha System. A research-based model for decision making. *The Journal of Nursing Administration*, 22(11), 47-52.
- Martin, K., Monsen, K., & Bowles, K. H. (2011). The Omaha system and meaningful use: applications for practice, education, and research. *Computers, Informatics, Nursing: CIN*, 29(1), 52-58.
- Maurer, F., & Smith, C. (2013). *Community/public health nursing practice: health for families and populations*. 5th ed., Missouri, Elsevier Inc.
- Mitchell, M. et al (2009) Positive effect of a nursing intervention on family centered care in adult critical care. *American Journal of Critical Care*, 18(6), 543-552.
- Neabel, B., Fothergill-Bourbonnais, F., & Dunning, J. (2000). Family assessment tools: A review of the literature from 1978-1997. *Heart & Lung*, 29(3), 196-209.

- Oliveira, P., Figueiredo, M., Apóstolo, J., & Leite, C. (2018). The impact on training of the dynamic model for assessment and family intervention. *Revista ROL de Enfermería*, 41(11-12), 319-324.
- Olsen, S., Dudley-Brown, S., & McMullen, P. (2004). Case for blending pedigrees, genograms and ecomaps: Nursing's contribution to the 'big picture'. *Nursing & Health Sciences*, 6(4), 295-308.
- Östlund, U., & Persson, C. (2014). Examining family responses to family systems nursing interventions: an integrative review. *Journal of Family Nursing*, 20(3), 259-286.
- Robotham, A., & Frost, M. (2000). *Health visiting: specialist community public health nursing* (2nd ed). Philadelphia, Elsevier.
- Salopek, P., & Warner, K. (2014). Working with families: applying the nursing process. In J.A. Allender, C. Rector & K. Warner, *Community and public health nursing. Promoting public's health* (8th edition). Philadelphia, Wolters Kluwer Health | Lippincott Williams & Wilkins (p 584-616).
- Stone, S., Austin, M. J., & Director, B. S. (2008). Family Assessment in child welfare services: instrument comparisons. *Journal of Evidence-Based Social Work*, 5(1-2), 57-90.
- Topaz, M., Golfenshtein, N., & Bowles, K. H. (2014). The Omaha System: a systematic review of the recent literature. *Journal of the American Medical Informatics Association*, 21(1), 163-170.
- Weber, J. R., Kelley, J. H. (2014). *Health assessment in nursing*. 5th edition. Philadelphia, Wolters Kluwer Health / Lippincott Williams & Wilkins.
- Weeks, S. K., & O'Connor, P. C. (1997). The FAMTOOL family health assessment tool. *Rehabilitation Nursing*, 22(4), 188-191.
- World Health Organization. (2000). *The family health nurse: Context, conceptual framework and curriculum* (No. EUR/00/5019309/13). Copenhagen: WHO Regional Office for Europe.
- World Health Organization. (2001). *Community Health Needs Assessment: An introductory guide for the family health nurse in Europe* (No. EUR/01/5019306). Copenhagen: WHO Regional Office for Europe.

Ελληνόγλωσση Βιβλιογραφία

- Γαλάνης, Π. (2012). Χρησιμοποιώντας το κατάλληλο ερωτηματολόγιο στις επιδημιολογικές μελέτες. *Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής*, 29(6), 744-755.
- Γαλάνης, Π. (2013). Εγκυρότητα και αξιοπιστία των ερωτηματολογίων στις επιδημιολογικές μελέτες. *Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής*, 30(1), 97-110.
- Γαλάνης, Π. (2019). Μεθοδολογία μετάφρασης και διαπολιτισμικής προσαρμογής των ξενόγλωσσων ερωτηματολογίων. *Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής*, 36(1), 124-135.
- Γκαμπρίς, Χ. (2001). *Εφαρμογή και αξιολόγηση του συστήματος Omaha στην κοινοτική νοσηλευτική στη Ελλάδα*. Μεταπτυχιακή διπλωματική εργασία. Τμήμα Νοσηλευτικής, ΕΚΠΑ.
- Γκαμπρίς, Χ., & Σουρτζή, Π. (2014). Μετάφραση, εφαρμογή και αξιολόγηση του συστήματος OMAHA στην κοινοτική νοσηλευτική στην Ελλάδα. *Νοσηλεία & Έρευνα*, 34, 54-66.
- Dawn, F. (2012). *Συμβουλευτική νοσηλευτική. Δεξιότητες συμβουλευτικής για νοσηλευτές, μαίες και επισκέπτες υγείας*. Επιμέλεια Ι. Παπαθανασίου, Αθήνα, Εκδόσεις Πασχαλίδης.
- Doenges, M.E., Moorehouse, M.F., Murr, A.C. (2009). *Οδηγός ανάπτυξης σχεδίου νοσηλευτικής φροντίδας*. Επιμέλεια Ε. Πατηράκη. Αθήνα, Εκδόσεις Πασχαλίδης.
- Καλοκαιρινού, Α., & Σουρτζή, Π. (2005). *Κοινοτική Νοσηλευτική*. Αθήνα, Εκδόσεις Βήτα.
- Καλοκαιρινού, Α., & Αθανασοπούλου, Μ. (2009). *Νοσηλευτική της Οικογένειας*. Αθήνα, Εκδόσεις Βήτα.
- Καλοκαιρινού, Α., & Αδαμακίδου, Θ. (2014). *Κατ' οίκον νοσηλευτική φροντίδα, έννοιες, δεξιότητες, εφαρμογές*. Αθήνα, Εκδόσεις Βήτα.
- Καλοκαιρινού, Α., Αδαμακίδου, Θ., Βελονάκη, Β., Βιβιλάκη, Β., Καπρέλη, Ε., Κριεμπάρδης, Α., Λάγιου, Α., Λιονής, Χ., Μαρκάκη, Α., Μποδοσάκης, Π., Παπαδακάκη, Μ., & Σακελλάρη, Ε. (2015). *Εφαρμογές καλών πρακτικών ομάδας πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας [Εργαστηριακός Οδηγός]*. Κάλλιπος, Ανοικτές Ακαδημαϊκές Εκδόσεις. <https://hdl.handle.net/11419/3301>
- Κουτελέκος, Ι. (2015). Η συμβουλευτική στο χώρο της υγείας. *Περιεχειρητική Νοσηλευτική*, 4(2), 47-49.
- Nealson-Jones, R. (2009). *Βασικές δεξιότητες συμβουλευτικής: ένα εγχειρίδιο για βοηθούς*. Επιμέλεια Μ. Μαλικιώση-Λοΐζου. Αθήνα, Εκδόσεις Πεδίο.
- Πριάμη, Μ. (1998). Η εξέλιξη της διασυνδεδετικής συμβουλευτικής νοσηλευτικής ψυχικής υγείας στα γενικά νοσοκομεία. *Νοσηλευτική*, 37(2), 133-138.
- Σαπουντζή-Κρέπια, Δ. (1998). Συμβουλευτική: Συμβουλευτικές δεξιότητες και νοσηλευτές. *Νοσηλευτική*, 37(2), 139-146.
- Taylor, C., Lillis, P., & LeMone, P. (2010). *Θεμελιώδης αρχές της νοσηλευτικής – Η επιστήμη και η τέχνη της νοσηλευτικής φροντίδας*. Επιμέλεια Χ. Λεμονίδου & Ε. Πατηράκη, Τόμος Ι, Αθήνα, Εκδόσεις Πασχαλίδης.
- Τριανταφυλλοπούλου, Μ. Ν. (2014). *Εφαρμογή νοσηλευτικών διαγνώσεων κατά NANDA-I στη φροντίδα της οικογένειας*. Διπλωματική εργασία, Τμήμα Νοσηλευτικής, Πρόγραμμα Μεταπτυχιακών Σπουδών, Ειδίκευση Κοινοτική Νοσηλευτική. Αθήνα, ΕΚΠΑ.
- Υπουργική Απόφαση υπ.Αριθμ.Γ6/Γ.Π.οικ. 45664 (ΦΕΚ 4262/τ Β'/10-8-2022) Αρμοδιότητες – Καθήκοντα Νοσηλευτών -τριών των Νοσοκομείων και των λοιπών Νοσηλευτικών Ιδρυμάτων του ΕΣΥ καθώς και των δημόσιων δομών παροχής υπηρεσιών Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας. https://www.google.com/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=&cad=rja&uact=8&ved=2ahUKewittofztuv5AhX0X_EDHfAyCDwQFnoECC8QAQ&url=http://enne.gr/wp-content/uploads/2022/08/fek-4262-10-08-2022.pdf&usq=AOvVaw3CKmkyCOm1YZTKSu_n0qod
- Φασόη-Μπαρκά, Γ. (2013). Εκτίμηση υγείας. Στο Δ. Παπαγεωργίου, Μ. Κελέση, Γ. Φασόη, *Βασική Νοσηλευτική: θεωρία, εκπαίδευση, εφαρμογή*. Αθήνα, Εκδόσεις Κωνσταντάρας.

Freshwater, D. (2012). *Συμβουλευτική νοσηλευτική*. Επιμέλεια Ι. Παπαθανασίου. Αθήνα, Εκδόσεις Πασχαλίδης.

Χρήσιμο οπτικοακουστικό και έντυπο υλικό στο διαδίκτυο

<https://www.youtube.com/watch?v=nGXEnLrR3EY>

<http://omahasystem.org/> The Omaha System (πρόσβαση 27/10/2021)

<https://nanda.org/> NANDA International (πρόσβαση 27/10/2021)

<http://www.nandanursingdiagnosislist.org/>

<https://nurseslabs.com/nursing-diagnosis/#h-risk-nursing-diagnosis>

Κριτήρια Αξιολόγησης

Κριτήριο αξιολόγησης 1

Ένα ευρέως χρησιμοποιούμενο, στην κοινοτική νοσηλευτική σύστημα ταξινόμησης των αναγκών και προβλημάτων των χρηστών, είναι το:

- A) Σύστημα νοσηλευτικών διαγνώσεων NANDA.
- B) Σύστημα ταξινόμησης Omaha.
- Γ) Κανένα από τα παραπάνω.

Απάντηση/Λύση

Η σωστή απάντηση είναι η Β.

Κριτήριο Αξιολόγησης 2 – Μελέτη Περίπτωσης

Εργάζεστε ως νοσηλεύτρια σε υπηρεσία κατ' οίκον φροντίδας υγείας και επισκέπτεστε την Οικογένεια ΑΒ. Η παραπομπή στην υπηρεσία έγινε για την αξιολόγηση της υγείας της μητέρας και την υποστήριξη της ίδιας αλλά και της οικογένειας. Καλείστε με τα στοιχεία που σας δίνονται από την περιγραφή των μελών της οικογένειας και των σχέσεων με τα δίκτυά τους να σχεδιάσετε:

- A) Το γενόγραμμα της οικογένειας ΑΒ.
- B) Τον οικοχάρτη της οικογένειας ΑΒ.

Η Οικογένεια ΑΒ είναι μια πυρηνική οικογένεια που διαμένει στην Αθήνα. Ο πατέρας είναι ο Γιάννης, 56 ετών, ο οποίος εργάζεται ως λογιστής σε ιδιωτική εταιρεία, με πλήρη απασχόληση. Η μητέρα είναι η Μαρία, 50 ετών, εργαζόταν σε ιδιωτική επιχείρηση, και έχει διαγνωσθεί με σκλήρυνση κατά πλάκας πριν από περίπου 20 έτη. Η κλινική της κατάσταση ακολουθεί μια σταθερά επιδεινούμενη πορεία, η οποία πρόσφατα παρουσίασε ταχύτερη επιδείνωση. Το ζευγάρι έχει 3 παιδιά. Την Κωνσταντίνα, 22 ετών, η οποία είναι φοιτήτρια σε άλλη πόλη, τη Δέσποινα, 15 ετών, η οποία πηγαίνει στην τρίτη γυμνασίου. Ήταν πάντα μέχρι τώρα πολύ καλή μαθήτρια, αλλά πρόσφατα η απόδοση και οι βαθμοί της άρχισαν να μειώνονται. Το τρίτο παιδί είναι ο Μιχάλης, 7 ετών, παρακολουθεί το δημοτικό και παραμένει στο ολοήμερο λόγω της ασθένειας της μητέρας. Οι γονείς της Μαρίας, ο πατέρας Θωμάς είναι 74 ετών και είναι συνταξιούχος καθηγητής. Η μητέρα της είναι η Πόπη, 73 ετών, η οποία είναι συνταξιούχος. Οι γονείς της Μαρίας διαμένουν στην επαρχία και οι ασχολίες τους στο χωριό δεν τους επιτρέπουν να επισκέπτονται συχνά το ζευγάρι. Ο πατέρας του Γιάννη έχει πεθάνει και η μητέρα του η Έλλη είναι 70 ετών, συνταξιούχος. Διαμένει στην Αθήνα, σε άλλη περιοχή από αυτή που διαμένει η οικογένεια.

Το ζευγάρι είναι βαθιά θρησκευόμενοι χριστιανοί ορθόδοξοι και συμβουλεύονται τακτικά τον πνευματικό τους.

Η νόσος της μητέρας έχει προκαλέσει σοβαρά οικονομικά προβλήματα στην οικογένεια.

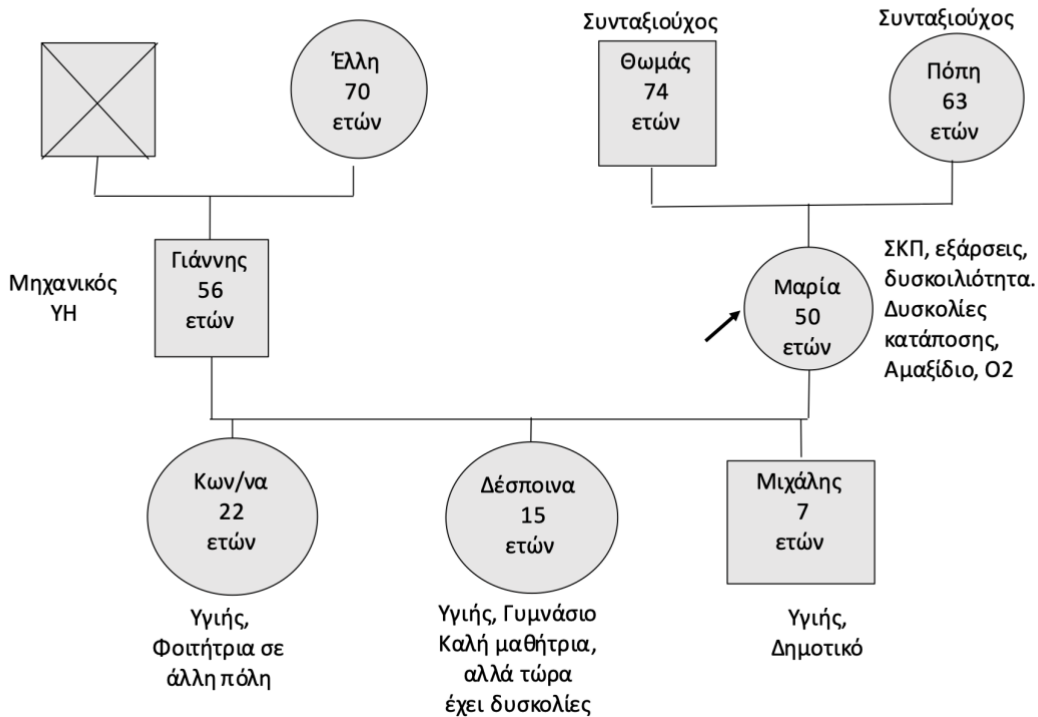
Οι δάσκαλοι και καθηγητές των παιδιών είναι ενήμεροι για την κατάσταση της μητέρας.

Η μητέρα του Γιάννη μένει 30 λεπτά μακριά από την οικογένεια και πρόσφατα προσφέρθηκε να μετακομίσει κοντά τους για να βοηθήσει την οικογένεια σε πρακτικά ζητήματα.

Η νοσηλεύτρια της υπηρεσίας κατ' οίκον νοσηλευτικής φροντίδας ζήτησε από το ζευγάρι να κάνουν μια συνάντηση οι τρεις τους παρουσία και του θεράποντος ιατρού, διότι παρατήρησε σημεία κόπωσης στον Γιάννη και επαναλαμβανόμενες και επίμονες ερωτήσεις του για την εξέλιξη της νόσου, αλλά και την απροθυμία της Μαρίας να λαμβάνει τα φάρμακά της, κυρίως τα αναλγητικά και την επιθυμία της να περπατά με τις πατερίτσες παρά τη σοβαρή αστάθειά της.

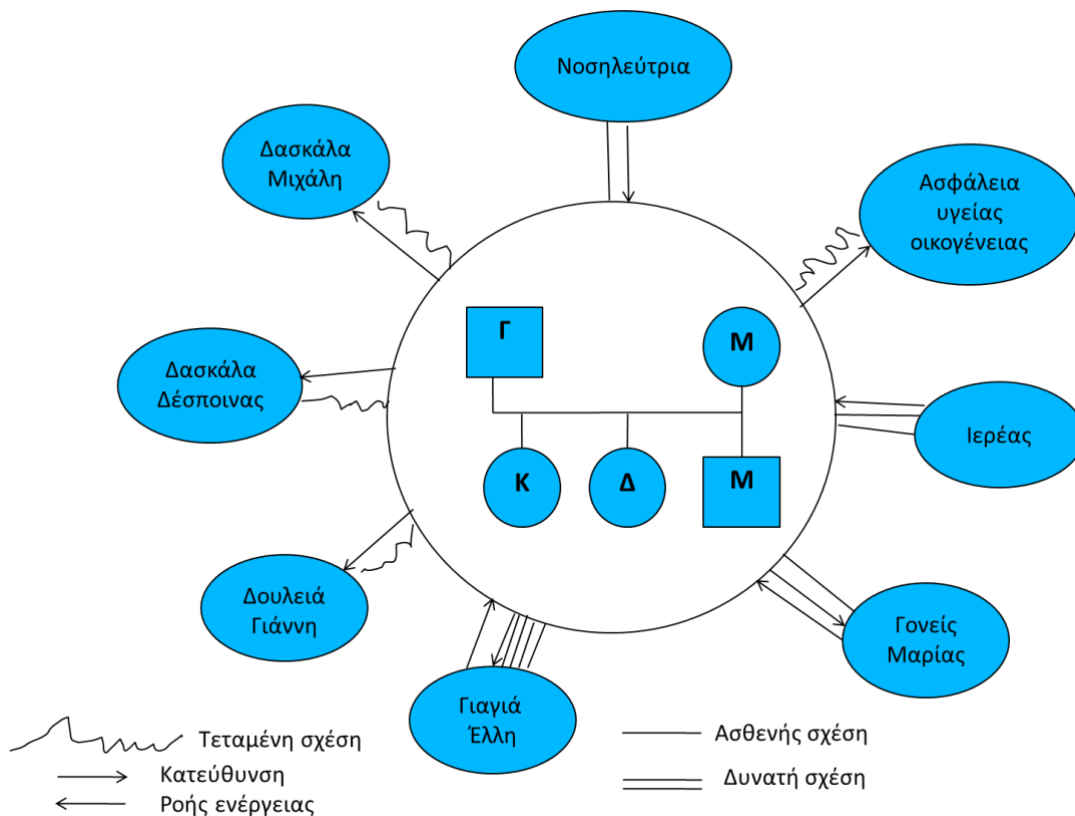
Απάντηση/Λύση

A) Με βάση τις πληροφορίες που δόθηκαν για την οικογένεια ΑΒ, το γενόγραμμα της παρουσιάζεται στο παρακάτω σχήμα.



Σχήμα 4.2 Γενόγραμμα της οικογένειας ΑΒ.

Β) Με βάση τις πληροφορίες που δόθηκαν για την οικογένεια ΑΒ, ο οικοχάρτης της οικογένειας παρουσιάζεται στο παρακάτω σχήμα.



Σχήμα 4.3 Οικοχάρτης της οικογένειας ΑΒ στην πρώτη κατ' οίκον επίσκεψη.

Κριτήριο Αξιολόγησης 3 – Μελέτη Περίπτωσης

Στο σενάριο που περιγράφηκε παραπάνω για την οικογένεια ΑΒ, η νοσηλεύτρια που εργάζεται στην υπηρεσία κατ' οίκον νοσηλευτικής φροντίδας παρατήρησε την απροθυμία της Μαρίας να λαμβάνει τα φάρμακά της, και, κυρίως τα αναλγητικά.

Εφαρμόζοντας το Σύστημα Ταξινόμησης Omaha, να εφαρμόσετε τη νοσηλευτική διεργασία για τη νοσηλευτική διάγνωση της ανεπαρκούς συμμόρφωσης με την αναλγητική αγωγή που σχετίζεται με παρανόηση του τρόπου λήψης τους, όπως φαίνεται από την αδυναμία ελέγχου του πόνου, την απροθυμία λήψης της αναλγησίας και την ανεπαρκή λήψη των αναλγητικών. Αντίστοιχα, μπορεί να εφαρμοστεί η νοσηλευτική διεργασία για το πρόβλημα της νευρο-μυοσκελετικής δυσλειτουργίας.

Απάντηση/Λύση

Ακολουθεί η εφαρμογή της νοσηλευτικής διεργασίας με βάση το Σύστημα Omaha.

Πρόβλημα: Φαρμακευτική αγωγή – ανεπαρκής συμμόρφωση με την αναλγητική αγωγή.

Σύστημα Ταξινόμησης Προβλημάτων (Υψηλή προτεραιότητα).

Τροποποιητής: Άτομο, Κίνδυνος Υπαρκτός.

Σημεία/Συμπτώματα υπαρκτού κινδύνου:

- Απροθυμία να ακολουθήσει τις οδηγίες λήψης της αναλγητικής αγωγής.
- Ανεπαρκής λήψη αναλγησίας.
- Αδυναμία ελέγχου του πόνου.

Σύστημα Παρέμβασης

Κατηγορία: Διδασκαλία, Καθοδήγηση και Συμβουλευτική

Στόχοι και πληροφορία σχετική με τον χρήστη

- Εκπαίδευση:
 - Επεξήγηση και κατανόηση του τρόπου δράσης των αναλγητικών.
 - Αποσαφήνιση εσφαλμένων αντιλήψεων σχετικά με τη χρήση των αναλγητικών.
- Διαχείριση φαρμακευτικής αγωγής:
 - Επεξήγηση της αναγκαιότητας για την τήρηση με ακρίβεια του θεραπευτικού πλάνου για τη λήψη των αναλγητικών φαρμάκων σύμφωνα με οδηγίες (δόση, ώρα λήψης κ.λπ.).
- Δράση φαρμάκων/παρενέργειες:
 - Επεξήγηση της αδυναμίας ελέγχου του πόνου και των συνεπειών αυτού, όπως: επίπονες μετακινήσεις, αυπνία, ευερεθιστότητα κ.ά., επί ανεπαρκούς συμμόρφωσης.
 - Επίτευξη αναλγητικού αποτελέσματος με την πάροδο του χρόνου και τη σωστή λήψη.
- Φροντίδα από οικογενειακό βοηθό/φροντιστή:
 - Επεξήγηση στον σύζυγο της Μαρίας της σημασίας της σωστής λήψης της αναλγησίας για την καθημερινότητα της Μαρίας.
 - Συμβουλευτική του συζύγου για την υποστήριξη της Μαρίας.

Κατηγορία: Διαχείριση περίπτωσης.

Στόχοι και πληροφορία σχετική με τον χρήστη.

- Ιατρική/Οδοντιατρική φροντίδα:
 - Παραπομπή σε θεράποντα για πιθανή επανεκτίμηση της αναλγητικής αγωγής και αλλαγών, εάν χρειάζεται.
- Νοσηλευτική φροντίδα:
 - Σχεδιασμός προγράμματος για ευκολότερη λήψη φαρμάκων στις ορθές ώρες.
 - Τοποθέτηση χαπιών σε θήκη φαρμάκων ανά ημέρα και ώρα.
 - Ημερολόγιο για καταγραφή του πόνου και της λήψης των αναλγητικών κ.λπ.
 - Ολιστική προσέγγιση του πόνου.

Κατηγορία: Διερεύνηση - επιτήρηση/παρακολούθηση.

Στόχοι και πληροφορία σχετική με τον χρήστη.

- Διαχείριση φαρμακευτικής αγωγής:
 - Παρακολούθηση για ενδείξεις ύφεσης του πόνου (συμπτωματολογία).
 - Λήψη πληροφοριών από φροντιστή/σύζυγο για τη λήψη φαρμάκων και τα συμπτώματα.
 - Κατανόηση και αποσαφήνιση των εσφαλμένων αντιλήψεων για τη χρήση των αναλγητικών.
 - Διερεύνηση δεκτικότητας για συμπληρωματικές μεθόδους για τον έλεγχο του πόνου και της ανησυχίας που προκαλεί (κατευθυνόμενη φαντασίωση, βελονισμός κ.ά.).

Κλίμακα Βαθμολόγησης Προβλημάτων για τις Εκβάσεις.

- Γνώση: 3 – Βασική γνώση. Γνωρίζει τα φάρμακα που λαμβάνει, καθώς και την αναγκαιότητα λήψης τους, αλλά παράλληλα εκφράζει ανησυχίες για τη χρήση τους λόγω εσφαλμένων αντιλήψεων σχετικά με αυτά.
- Συμπεριφορά: 1 – Ακατάλληλη συμπεριφορά. Δεν λαμβάνει φαρμακευτική αγωγή, σύμφωνα με οδηγίες. Παραλείπει δόσεις ή και φάρμακα, ανάλογα με συμπτώματα και εναλλαγές διάθεσης.
- Κατάσταση: 2 – Σοβαρά σημεία και συμπτώματα. Παρουσιάζει σοβαρή αδυναμία ελέγχου του πόνου γεγονός που επηρεάζει την καθημερινότητά της (ύπνο, διατροφή, διάθεση, επικοινωνία κ.ά.) και δεν επιτυγχάνεται θεραπευτικό αποτέλεσμα.

Κριτήριο Αξιολόγησης 4

Αναφέρετε τρεις πηγές των δεδομένων για την αξιολόγηση της οικογένειας.

Απάντηση/Λύση

Ενδεικτικές πηγές δεδομένων: συνέντευξη, παρατήρηση, απαντήσεις σε ερωτηματολόγια, προηγούμενες καταγραφές (φάκελος) κ.ά.

Κεφάλαιο 5 Το μοντέλο Friedman για την Αξιολόγηση της Οικογένειας

Σύνοψη

Στο μοντέλο της Friedman για την αξιολόγηση της οικογένειας, η οικογένεια προσεγγίζεται ως ένα ανοικτό σύστημα με λειτουργικές απαιτήσεις. Στο παρόν κεφάλαιο περιγράφονται οι 6 κατηγορίες αξιολόγησης της οικογένειας σύμφωνα με το μοντέλο, έτσι ώστε ο νοσηλευτής που ασχολείται με τη φροντίδα της οικογένειας να αξιολογήσει συστηματικά και πολυδιάστατα την οικογένεια επιδιώκοντας τις βέλτιστες παρεμβάσεις.

Προαπαιτούμενη γνώση

Πολύ καλή γνώση των εννοιών και των θεμάτων των Κεφαλαίων 1 και 2 του συγγράμματος. Πολύ καλή κατανόηση των βασικών αρχών και εννοιών σκέψης και πράξης της νοσηλευτικής της οικογένειας.

Γλωσσάριο επιστημονικών όρων

Αναπτυξιακό στάδιο και ιστορικό οικογένειας	Λειτουργίες της οικογένειας
Δημογραφικά στοιχεία οικογένειας	Περιβαλλοντικά δεδομένα
Δομή της οικογένειας	Στρες οικογένειας και διαχείρισή του
Κατηγορίες αξιολόγησης της οικογένειας κατά Friedman	

Εισαγωγή

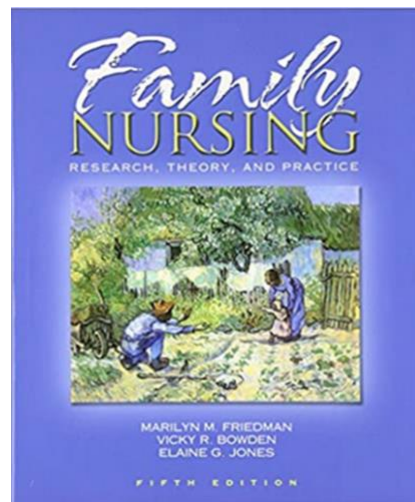
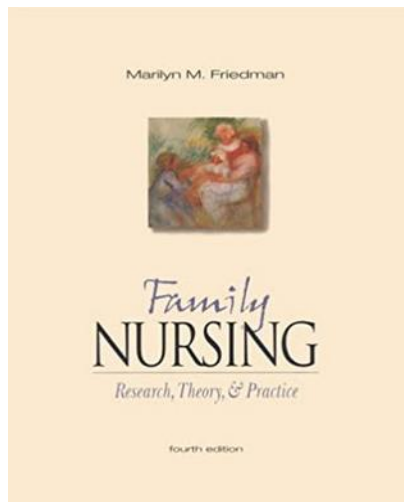
Το μοντέλο Friedman για την αξιολόγηση της οικογένειας (1994) βασίζεται στη θεωρία της δομής και λειτουργίας, στην αναπτυξιακή θεωρία και στη θεωρία των συστημάτων (Εικόνα 5.1). Βασικές έννοιες του μοντέλου είναι ότι:

- Η οικογένεια είναι ένα ανοικτό κοινωνικό σύστημα με λειτουργικές απαιτήσεις.
- Η οικογένεια είναι μια μικρή ομάδα που διέπεται από βασικά γενικά χαρακτηριστικά τα οποία είναι κοινά σε όλες τις μικρές ομάδες.
- Η οικογένεια είναι ένα κοινωνικό σύστημα που εκπληρώνει λειτουργίες οι οποίες βοηθούν τόσο το άτομο όσο και την κοινωνία.
- Τα άτομα ενεργούν σύμφωνα με εσωτερικούς κανόνες και αξίες τις οποίες έμαθαν μέσα από τη διαδικασία της κοινωνικοποίησης.

Σύμφωνα με το μοντέλο, η σχέση της οικογένειας και της υγείας/ασθένειας των μελών της οικογένειας είναι μια σχέση αλληλεπίδρασης και περιλαμβάνει έξι στάδια.

1. Το στάδιο των ενεργειών της οικογένειας για την προαγωγή της υγείας.
2. Το στάδιο της εκτίμησης των συμπτωμάτων.
3. Το στάδιο της αναζήτησης φροντίδας.
4. Το στάδιο της λήψης φροντίδας.
5. Το στάδιο της οξείας απάντησης στην ασθένεια από το μέλος και την οικογένεια.
6. Το στάδιο της προσαρμογής στην ασθένεια και στην ανάρρωση.

Γενικότερα, το μοντέλο εστιάζει στη δομή, στη λειτουργία και στις σχέσεις με άλλα κοινωνικά συστήματα. Η οικογένεια αξιολογείται: α) ως όλον-σύστημα, β) ως υποσύστημα και γ) ως σύστημα σε αλληλεπίδραση.



Εικόνα 5.1 Βιβλία της M. Friedman για τη νοσηλευτική της οικογένειας.

5.1 Η δομή της οικογένειας

Η δομή της οικογένειας περιλαμβάνει τον τρόπο οργάνωσής της, τον τρόπο με τον οποίο τα μέρη/μέλη σχετίζονται μεταξύ τους, αλλά και με τα άλλα κοινωνικά συστήματα. Η δομή της οικογένειας σχετίζεται με την ικανότητά της να εκπληρώσει τις λειτουργίες της – τους σημαντικούς σκοπούς των μελών της. Συνεπώς, η δομή της οικογένειας σχετίζεται άμεσα με τις λειτουργίες της οικογένειας.

Βασικές διαστάσεις της δομής της οικογένειας, αλληλοσχετιζόμενες και σε αλληλεπίδραση μεταξύ τους, είναι:

- ο ρόλος του συστήματος,
- οι αξίες του συστήματος,
- τα δίκτυα επικοινωνίας,
- η δυναμική του συστήματος.

5.2 Οι λειτουργίες της οικογένειας

Η βασική λειτουργία της οικογένειας είναι να εξυπηρετεί τις ανάγκες των μελών της οικογένειας και της ευρύτερης κοινωνίας. Οι λειτουργίες της οικογένειας είναι:

- αναπαραγωγή/ανατροφή και γαλουχία/διατήρηση της ζωής,
- κοινωνικοποίηση,
- οικονομική ενίσχυση,
- φροντίδα της υγείας,
- μεταβίβαση κουλτούρας και θρησκευτικής πίστης,
- συναισθηματική λειτουργία.

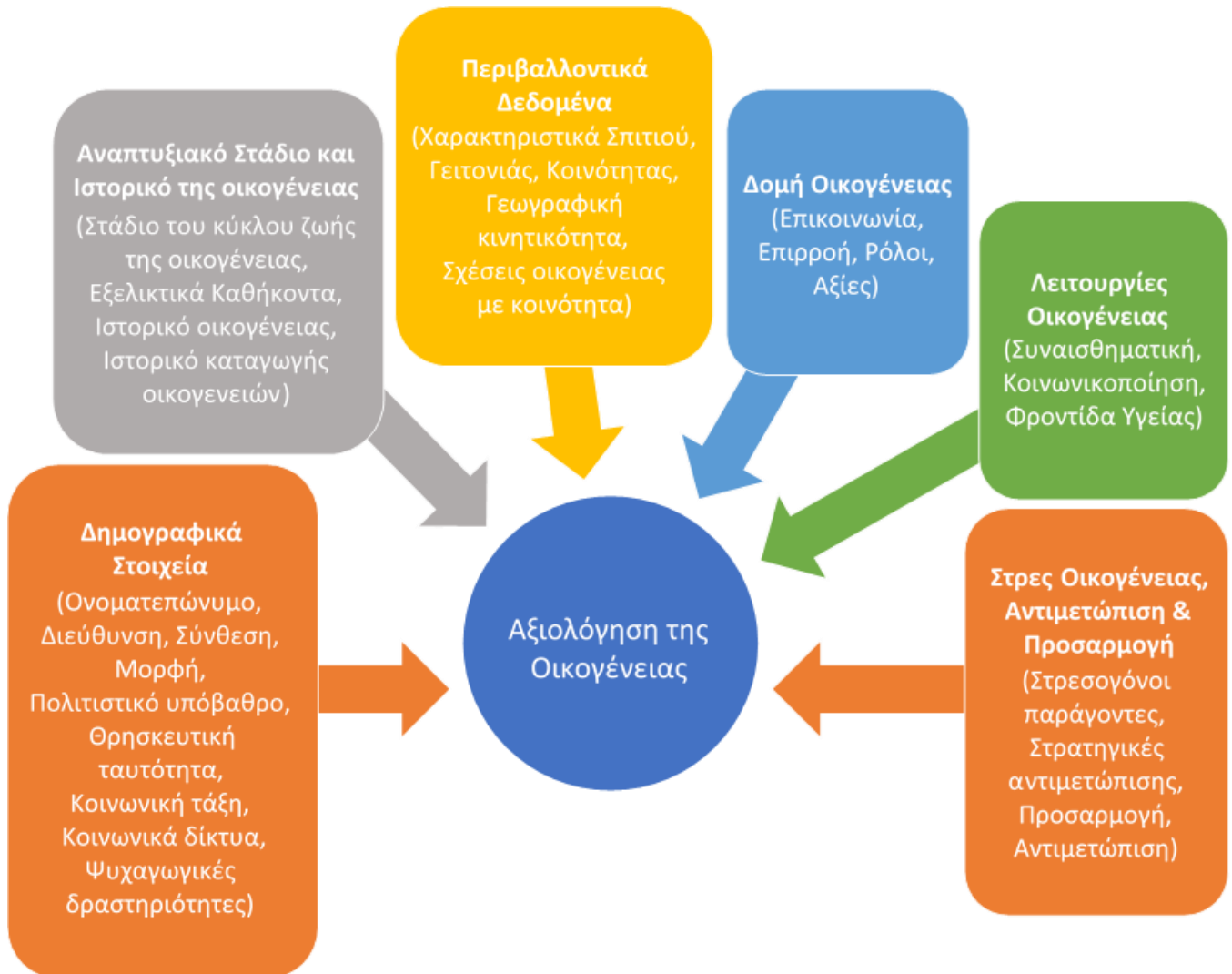
5.3 Κατηγορίες αξιολόγησης της οικογένειας κατά Friedman

Το μοντέλο αξιολόγησης της οικογένειας της Friedman περιλαμβάνει 6 μεγάλες κατηγορίες αξιολόγησης και, συνεπώς, κατηγορίες συνέντευξης (Σχήμα 5.1):

- 1) δημογραφικά στοιχεία,
- 2) αναπτυξιακό στάδιο και ιστορία της οικογένειας,
- 3) περιβαλλοντικά δεδομένα,
- 4) δομή της οικογένειας,

- 5) λειτουργίες της οικογένειας: συναισθηματική λειτουργία (family affective function), κοινωνικοποίηση (family socialization function) και φροντίδα υγείας (family health care function),
 6) στρεσογόνοι παράγοντες για την οικογένεια και διαδικασίες για την αντιμετώπισή του.

Η εκτεταμένη μορφή του μοντέλου είναι μια πολυσέλιδη αναφορά από την αξιολόγηση όλων των κατηγοριών και ενοτήτων που περιλαμβάνονται σε αυτό. Σήμερα χρησιμοποιείται πολύ συχνά η σύντομη μορφή του μοντέλου. Θα ακολουθήσει περιγραφή των κατηγοριών του μοντέλου.



Σχήμα 5.1 Οι άξονες αξιολόγησης της οικογένειας σύμφωνα με το μοντέλο της Friedman.

5.3.1 Δημογραφικά στοιχεία

Τα δημογραφικά στοιχεία της οικογένειας περιλαμβάνουν στοιχεία με τα οποία θα γνωρίσει ο νοσηλευτής την οικογένεια και τα μέλη της. Δηλαδή:

1. *Επίθετο και όνομα όλων των μελών της οικογένειας (Πίνακας 5.1).*
2. *Διεύθυνση και τηλέφωνο.*
3. *Σύνθεση οικογένειας.* Αναζητούνται πληροφορίες για όλα τα μέλη, καθώς και για άτομα που μπορεί να μένουν ή να μην μένουν μαζί με την οικογένεια, ημερομηνίες γέννησης, εκπαίδευση, εργασία. Η συμπλήρωση του γενογράμματος είναι ένας καλός τρόπος συγκέντρωσης και καταγραφής των πληροφοριών. Ενδεικτικά, πληροφορίες μπορούν να συλλεχθούν για κάθε μέλος, όπως φαίνεται στον Πίνακα 5.1, και εν συνεχεία να συμπληρωθεί το γενόγραμμα της οικογένειας.
4. *Μορφή οικογένειας (π.χ. πυρηνική οικογένεια με τρία παιδιά, μονογονεϊκή, ανύπανδρη έφηβη μητέρα με ένα νήπιο, ζεύγος συμβίωσης με ή χωρίς παιδιά, εκτεταμένη οικογένεια, οικογένεια με θετό πατέρα κ.ά.).*

Πίνακας 5.1 Πληροφορίες για τη σύνθεση της οικογένειας.

Όνοματεπώνυμο	Φύλο	Σχέση	Ημερομηνία γέννησης	Εκπαίδευση	Επάγγελμα
ΑΧ	Θ	Μητέρα			
ΒΧ	Α	Πατέρας			
ΓΧ	Α	Πρώτο παιδί			
ΔΧ	Θ	Γιαγιά			

5. *Πολιτισμικό υπόβαθρο.* Το πολιτισμικό υπόβαθρο θεωρείται ένας από τους πολύ σημαντικούς παράγοντες για την κατανόηση της συμπεριφοράς της οικογένειας, του συστήματος αξιών και των λειτουργιών της. Οι πολιτισμικές διαφορές μεταξύ του νοσηλευτή και της οικογένειας είναι συχνά αιτία φτώχης επικοινωνίας, έντασης στις διαπροσωπικές σχέσεις, και κακής αξιολόγησης των προβλημάτων υγείας. Όσον αφορά την κατ' οίκον νοσηλευτική φροντίδα, η αποτελεσματική φροντίδα ατόμων που έχουν διαφορετική κουλτούρα από αυτή του νοσηλευτή σχετίζεται άμεσα με την πολιτισμική ευαισθησία και επάρκεια του νοσηλευτή. Διερευνάται η εθνικότητα των γονέων, η γλώσσα ομιλίας εντός και εκτός σπιτιού, μετακινήσεις εντός και εκτός συνόρων όλης της οικογένειας ή κάποιου μέλους, τυχόν στιγματισμός και διακρίσεις έναντι της οικογένειας κ.ά.
6. *Θρησκευτική ταυτότητα.* Τα θρησκευτικά πιστεύω συχνά επηρεάζουν τις απόψεις της οικογένειας για την υγεία και την ασθένεια και τη θεραπεία, τους ρόλους των ατόμων μέσα στην οικογένεια, τις τελετουργίες, τον τρόπο αντιμετώπισης των καταστάσεων.
7. *Κοινωνική τάξη* αναφέρεται στην ομάδα ανθρώπων με παρόμοιο εισόδημα, πλούτο, συνθήκες διαβίωσης και τρόπο ζωής. Άτομα από διαφορετική κοινωνική τάξη έχουν διαφορετικό τρόπο ζωής, βλέπουν διαφορετικά τον κόσμο, αναπτύσσουν διαφορετικές συνδέσεις με το ευρύτερο κοινωνικό περιβάλλον, έχουν διαφορετικές φιλοδοξίες, φόβους και ελπίδες και διαφορετικές επιθυμίες.
8. *Κοινωνικά δίκτυα.* Επηρεάζουν σημαντικά την έκβαση της υγείας. Άτομα που υποστηρίζονται από το κοινωνικό περιβάλλον είναι σε καλύτερη κατάσταση υγείας σε σύγκριση με αυτά που δεν έχουν κοινωνική υποστήριξη, διότι η υποστήριξη μειώνει το στρες, βελτιώνει την ψυχική υγεία του ατόμου ή της οικογένειας, είναι στρατηγική αντιμετώπισης του στρες και των αρνητικών συνεπειών του. Αξιολογείται το μέγεθος του κοινωνικού δικτύου, ο αριθμός των δικτύων ή των προσώπων, η πρόσβαση, η συχνότητα των επαφών, η σταθερότητα του κοινωνικού κύκλου. Στο κοινωνικό δίκτυο περιλαμβάνονται οι φίλοι, οι συγγενείς, οι συνεργάτες, οι γείτονες, το ευρύτερο δίκτυο (π.χ. εκκλησία, σύλλογοι), επαγγελματικά δίκτυα (π.χ. επαγγελματίες υγείας), ομάδες αυτοβοήθειας. Το κοινωνικό δίκτυο απεικονίζεται στον οικοχάρτη.

9. *Ψυχαγωγικές δραστηριότητες ή δραστηριότητες ελεύθερου χρόνου.* Είναι δραστηριότητες στις οποίες συμμετέχουν όλα τα μέλη της οικογένειας και μοιράζονται όλοι μαζί, ενδυναμώνουν τις σχέσεις τους, διασκεδάζουν, μοιράζονται συναισθήματα, μειώνεται η ένταση μεταξύ τους, βελτιώνονται τα συναισθήματα από τα διαφορά μέλη της οικογένειας προς άλλα μέλη της. Μπορεί να είναι θρησκευτικές, εκπαιδευτικές, ψυχαγωγικές, πολιτισμικές, γιορτές και γενέθλια, διακοπές.

5.3.2 Αναπτυξιακό στάδιο και ιστορία της οικογένειας

Στην κατηγορία αυτή αξιολογούνται στοιχεία που αφορούν:

10. *Το παρόν στάδιο ανάπτυξης της οικογένειας* (στάδιο του κύκλου ζωής της οικογένειας).
11. *Τον βαθμό ολοκλήρωσης των καθηκόντων και διεργασιών που σχετίζονται με το αναπτυξιακό στάδιο της οικογένειας.* Διερευνάται εάν η οικογένεια επιτελεί τις λειτουργίες και τα καθήκοντά της ανάλογα με το στάδιο του κύκλου ζωής στο οποίο βρίσκεται, ανάλογα με τον αριθμό των μελών και την πολυπλοκότητα των σχέσεων μεταξύ τους, καθώς και η επίδραση που ασκεί η ύπαρξη/εμφάνιση τυχόν ασθένειας ή αναπηρίας κάποιου μέλους στο συγκεκριμένο στάδιο του κύκλου ζωής της οικογένειας.
- Στο στάδιο ξεκίνημα της οικογένειας (γάμος) είναι ακόμη έντονο το στοιχείο της ατομικότητάς των δυο μελών, όπου οι νεαροί ενήλικες προσδιορίζουν τους προσωπικούς στόχους, την οικονομική και εργασιακή ανεξαρτησία τους και τον εαυτό τους πριν και μέσα στο γάμο. Η αναπτυξιακή εξέλιξη συνίσταται στη διαφοροποίηση του μέλους από την οικογένεια καταγωγής, την ανάπτυξη στενών σχέσεων με τον/τη σύντροφο/σύζυγο, την προετοιμασία της νέας οικογένειας, τη συμβίωση, την ανάπτυξη της δικής τους κοινής καθημερινότητας.
 - Στο στάδιο οικογένεια με παιδιά στην πρώιμη ηλικία (το μεγαλύτερο παιδί είναι νήπιο), νέοι ρόλοι αναπτύσσονται για τη μητέρα, τον πατέρα, το παιδί, ακόμη και στις οικογένειες καταγωγής (γιαγιάδες και παππούδες) και, συχνά, αλλάζουν τα πρότυπα επικοινωνίας καθώς εμπλέκονται και τρίτα μέλη. Η αναπτυξιακή εξέλιξη συνίσταται στη διατήρηση της σταθερότητας της νέας οικογένειας, στην ικανοποίηση των αναγκών όλων των μελών, στη διατήρηση της συζυγικής σχέσης, στη διατήρηση της ισορροπίας με τη διευρυμένη οικογένεια, η οποία συμπεριλαμβάνει τις οικογένειες καταγωγής.
 - Στο στάδιο οικογένεια με παιδιά προσχολικής ηλικίας (το μεγαλύτερο 2,5-5 ετών), η οικογένεια διαφοροποιείται και γίνεται περισσότερο πολύπλοκη και απαιτητική, καθώς νέα μέλη και ρόλοι αναπτύσσονται (μητέρα, πατέρας, αδερφός, αδερφή), ενώ τα παιδιά προσχολικής ηλικίας μαθαίνουν σιγά σιγά να ανεξαρτητοποιούνται. Η αναπτυξιακή εξέλιξη συνίσταται στην ικανοποίηση των αναγκών των μελών (χώρος, ιδιωτικότητα, ασφάλεια), στην κοινωνικοποίηση των παιδιών, στη διατήρηση ισορροπίας στις σχέσεις και στους ρόλους εντός και εκτός της οικογένειας.
 - Το στάδιο οικογένεια με παιδιά σχολικής ηλικίας (το μεγαλύτερο 5-13 ετών), είναι ένα επίσης απαιτητικό στάδιο, καθώς τα παιδιά έχουν τη δική τους προσωπικότητα, απόψεις, δραστηριότητες, ενδιαφέροντα. Η αναπτυξιακή εξέλιξη συνίσταται στην κοινωνικοποίηση των παιδιών, την ανάπτυξη υγιών κοινωνικών σχέσεων και προαγωγή της σχολικής επίδοσης, τη διατήρηση της συζυγικής σχέσης και την ικανοποίηση των αναγκών των μελών.
 - Στο στάδιο οικογένεια με παιδιά στην εφηβεία, ο σκοπός της οικογένειας είναι να επιτρέψει την ελευθερία και να καλλιεργήσει την υπευθυνότητα των εφήβων μελών στο πλαίσιο της προετοιμασίας τους να γίνουν νεαροί ενήλικες. Οι γονείς χάνουν σταδιακά πλέον την εξουσία τους, χωρίς όμως να μπορούν να παραιτηθούν από αυτήν, ενώ αλλαγές των κανόνων, επαναπροσδιορισμός ρόλων και ορίων είναι απαραίτητα στο πλαίσιο μετριασμού των συγκρούσεων και κρίσεων που βιώνει η οικογένεια. Η αναπτυξιακή εξέλιξη συνίσταται στη διατήρηση της ισορροπίας μεταξύ της ελευθερίας, της αυτονομίας και των ευθυνών των εφήβων, επανεστίαση της συζυγικής σχέσης με τους συχνά υπεραπασχολούμενους συζύγους και ανοικτή επικοινωνία μεταξύ παιδιών και γονέων, η οποία μπορεί να γεφυρώσει το χάσμα μεταξύ των γενεών.
 - Στο στάδιο οικογένεια με νεαρούς ενήλικες - ξεκίνημα νέας οικογένειας (τα παιδιά φεύγουν από την πατρική εστία), η οικογένεια από οικογένεια με παιδιά μετατρέπεται σε ζευγάρι συζύγων, με κύριο σκοπό την αναδιοργάνωση της οικογένειας σε μία μονάδα, ενώ οι νεαροί ενήλικες έχουν πλέον αφήσει την οικογένεια. Η αναπτυξιακή εξέλιξη συνίσταται στην ανανέωση και στον επαναπροσδιορισμό της

συζυγικής σχέσης, στην προετοιμασία για την υποδοχή στην οικογένεια νέων μελών [συζύγων/συντρόφων των παιδιών και ενδεχομένως, των παιδιών (εγγόνια) τους] και τη βοήθεια των ηλικιωμένων γονέων της οικογένειας καταγωγής, οι οποίοι –κατά κανόνα– αντιμετωπίζουν πλέον προβλήματα υγείας και τις συνέπειες της γήρανσης.

- Στο στάδιο οικογένεια μέσης ηλικίας (συζυγική δυάδα έως τη σύνταξη), χαρακτηριστική είναι η έντονη αλληλεπίδραση της πυρηνικής, πλέον, οικογένειας με τους γονείς τους αλλά και με τις οικογένειες των παιδιών τους. Η αναπτυξιακή εξέλιξη συνίσταται στη διατήρηση των σχέσεων με τις οικογένειες των παιδιών τους και τους ηλικιωμένους γονείς, η διατήρηση ενός περιβάλλοντος που προάγει την υγεία και την ενίσχυση της συζυγικής σχέσης.
- Στο στάδιο ηλικιωμένοι γονείς - γηράσκουσα οικογένεια, η αναπτυξιακή εξέλιξη συνίσταται στη διατήρηση ενός περιβάλλοντος διαβίωσης με ασφάλεια, στη προετοιμασία και προσαρμογή στην απώλεια του συζύγου/συντρόφου, στη διατήρηση οικογενειακών δεσμών και στην εύρεση ενδιαφερόντων, στο πλαίσιο του μειωμένου εισοδήματος και των προβλημάτων υγείας που οι ηλικιωμένοι γονείς αντιμετωπίζουν.

12. *Ιστορικό οικογένειας.* Διερευνάται το ιστορικό της οικογένειας από τη δημιουργία της μέχρι την ημέρα της αξιολόγησης όσον αφορά προβλήματα υγείας και διαχείρισης της ασθένειας, εμπειρίες όπως διαζύγιο, γάμος, θάνατος, απώλεια κ.ά., κάποια από τα οποία μπορούν να απεικονιστούν στο γενόγραμμα της οικογένειας.

13. *Ιστορικό οικογενειών καταγωγής και των δύο γονέων,* όπως και οι σχέσεις μεταξύ οικογένειας, μελών και οικογενειών καταγωγής.

Σκοπός των παρεμβάσεων του οικογενειακού νοσηλευτή σχετικά με το αναπτυξιακό στάδιο της οικογένειας είναι να βοηθήσει την οικογένεια και τα μέλη της να εξελιχθούν και να ολοκληρώσουν τα ατομικά και οικογενειακά τους καθήκοντα, ανάλογα με το αναπτυξιακό τους στάδιο και να διατηρηθεί η ισορροπία μεταξύ των προσωπικών ατομικών αναγκών ανάπτυξης κάθε μέλους και της λειτουργικότητας της οικογένειας. Αξιοποίηση της αναπτυξιακής θεωρίας της οικογένειας και παρεμβάσεις καθοδήγησης και διδασκαλίας είναι ιδιαίτερα χρήσιμες.

5.3.3 Περιβαλλοντικά δεδομένα

Στην κατηγορία αυτή αξιολογούνται στοιχεία που αφορούν :

14. *Χαρακτηριστικά σπιτιού.* Το σπίτι είναι μέρος της ταυτότητας της οικογένειας. Έχει επίδραση στη φυσική (καθαριότητα, προστασία, θέρμανση, φωτισμός) και ψυχική υγεία των μελών και της οικογένειας (αυτοαντίληψη, ικανοποίηση, μείωση του άγχους, υγεία, ασφάλεια). Αξιολογούνται η ιδιωτικότητα, η ασφάλεια, η θέρμανση, το νερό, η υγιεινή κ.ά.

15. *Χαρακτηριστικά γειτονιάς και ευρύτερης κοινότητας.* Έχουν άμεση επίδραση στη φυσική (θόρυβος, κυκλοφορία, μόλυνση) και ψυχική υγεία (εγκληματικότητα, επικοινωνία, πρόσβαση σε υπηρεσίες υγείας) των μελών και της οικογένειας. Αναφέρεται ότι η ικανοποίηση από τη γειτονιά και την κοινότητα σχετίζεται με την ικανοποίηση από τη ζωή εν γένει.

16. *Γεωγραφική κινητικότητα οικογένειας.*

17. *Σχέσεις και συναλλαγές οικογένειας με την κοινότητα.* Η οικογένεια πρέπει να είναι ικανή να δέχεται, να αναζητά, να λαμβάνει κατάλληλη υποστήριξη από την κοινότητα για την κάλυψη των βασικών αναγκών της, υπηρεσιών και πληροφόρησης. Η παθητική αποδοχή της υποστήριξης από την κοινότητα υποδηλώνει απομόνωση, αποξένωση και εξάρτηση. Διερευνάται και αξιολογείται ο κοινωνικός ιστός υποστήριξης.

- Ρωτήστε: *Χρησιμοποιεί η οικογένεια κοινοτικές υπηρεσίες; Για ποιο μέλος; Πόσο συχνά και σε τι έκταση; Γνωρίζει η οικογένεια τις διαθέσιμες πηγές υποστήριξης; Πώς αισθάνεται για αυτές; Πώς βλέπει η οικογένεια την κοινότητα;*

Σκοπός των παρεμβάσεων του οικογενειακού νοσηλευτή, σχετικά με τη διαχείριση του περιβάλλοντος, είναι η προαγωγή της ασφάλειας εντός και εκτός σπιτιού για όλα τα μέλη (κίνδυνος πτώσεων, προσδιορισμός παραγόντων κινδύνου κ.ά.), η διευκόλυνση της πρόσβασης στις υπηρεσίες υγείας και η λήψη αποφάσεων που προάγουν την υγεία (εμβολιασμός, παραπομπή κ.ά.), καθώς και η διευκόλυνση της οικογένειας να λειτουργήσει στην καθημερινότητά της στο συγκεκριμένο περιβάλλον (φροντιστές, πληροφόρηση, υπηρεσίες υγείας της κοινότητας, πηγές υποστήριξης της κοινότητάς κ.ά.). Παρεμβάσεις δευτερογενούς και τριτογενούς πρόληψης, δηλαδή έγκαιρης διάγνωσης ή τροποποιήσεων στο σπίτι, όταν υπάρχει άτομο με αναπηρία, βρίσκουν επίσης ευρεία εφαρμογή.

5.3.4 Δομή της οικογένειας

Η δομή της οικογένειας περιλαμβάνει την επικοινωνία των μελών, τη δυναμική του συστήματος, τις αξίες και τους ρόλους. Οι διαστάσεις αυτές βρίσκονται σε διασύνδεση και αλληλεξάρτηση μεταξύ τους.

Στην κατηγορία αυτή αξιολογούνται στοιχεία που αφορούν:

18. Πρότυπα επικοινωνίας

- Έκταση λειτουργικής και δυσλειτουργικής επικοινωνίας.
- Έκταση συναισθηματικών μηνυμάτων και πώς αυτά εκφράζονται.
- Χαρακτηριστικά επικοινωνίας μεταξύ υποσυστημάτων της οικογένειας.
- Έκταση συγκλινόντων και αποκλινόντων μηνυμάτων.
- Είδη δυσλειτουργικών διαδικασιών επικοινωνίας.
- Περιοχές/Θέματα ανοικτής και κλειστής επικοινωνίας (π.χ. σεξουαλική διαπαιδαγώγηση, νοσηματοδότηση της ασθένειας, έκφραση του πόνου).
- Οικογενειακοί και εξωτερικοί παράγοντες που επηρεάζουν την επικοινωνία.

19. Επιρροή/Εξουσία της οικογένειας

Επιρροή ή εξουσία είναι η ικανότητα (πραγματική ή πιθανή) ενός ατόμου να ελέγχει, να επηρεάζει ή να αλλάζει τη συμπεριφορά κάποιου άλλου.

Δύναμη/Επιρροή/Εξουσία της οικογένειας είναι η ικανότητα (πραγματική ή πιθανή) των μελών της οικογένειας να αλλάζουν τη συμπεριφορά των άλλων μελών (Friedman, 1998).

- Αποτελέσματα δύναμης-εξουσίας. Το αποτέλεσμα της δύναμης/επιρροής/εξουσίας είναι ο έλεγχος, το «ποιος έχει την τελευταία λέξη;», το «ποιος κερδίζει;».
- Η διαδικασία λήψης αποφάσεων είναι ένδειξη δύναμης και εξουσίας. Πώς λαμβάνονται οι αποφάσεις στην οικογένεια; Με συναίνεση; Με συμβιβασμό; De facto, εκ των πραγμάτων;
- Βάσεις δύναμης/επιρροής. Αφορά την πηγή από την οποία προέρχεται η δύναμη/εξουσία του μέλους της οικογένειας. Διακρίνεται σε: νομική εξουσία, εξουσία αβοήθητου, εξουσία αναφοράς (ο γονέας στο παιδί), πηγών, ειδικού, ανταμοιβής, εξαναγκαστική, πληροφόρησης, συναισθηματική, διαχείρισης.
- Οι παράγοντες που επηρεάζουν την εξουσία/δύναμη της οικογένειας είναι: η ιεραρχία στην εξουσία, ο τύπος της οικογένειας (πυρηνική, μονογονική κ.ά.), οι συμμαχίες μεταξύ μελών της οικογένειας, το δίκτυο επικοινωνίας, η κοινωνική τάξη, το αναπτυξιακό στάδιο, απρόοπτα γεγονότα, εθνικές, θρησκευτικές και πολιτισμικές επιδράσεις, μεταβλητές των μελών (ηλικία, φύλο, δεξιότητες), συναισθηματική αλληλεπίδραση και δέσμευση μέσα στον γάμο.
- Συνολική δύναμη/επιρροή συστημάτων και υποσυστημάτων, δηλαδή την οικογένεια εξουσιάζει ένα μέλος ή υπάρχει ισότητα ή δεν υπάρχει ηγεσία.

20. Δομή ρόλων.

Ο ρόλος αναφέρεται σε μια περισσότερο ή λιγότερο ομοιογενή συμπεριφορά, η οποία ορίζεται και προσδοκάται από τον κάτοχο μιας θέσης. Οι ρόλοι σχετίζονται με τις προσδοκίες του ρόλου, δηλαδή τι πρέπει να κάνει το άτομο για να ικανοποιήσει τις δικές του προσδοκίες και των άλλων από αυτό (Friedman, 1998). Σχετικές έννοιες είναι οι συμπεριφορές που προκαλεί ένας ρόλος, ο διαμοιρασμός ρόλου από δύο άτομα με διαφορετική θέση, το στρες που προκαλεί ένας ρόλος και οι συγκρούσεις που δημιουργούνται εξαιτίας της ανάληψης ενός συγκεκριμένου ρόλου.

- Επίσημοι ρόλοι (μάγειρας, επισκευαστής, τεχνίτης, οικονομικός διαχειριστής, καθαριστής, σοφέρ κ.ά.).
- Ανεπίσημοι ρόλοι (ρόλος ενθάρρυνσης, αρμονίας, συνεργάτης, συμβιβαστικός, παρεμπόδισης, εξουσίας, κατηγοριών, οπαδός, αναζήτηση προσοχής, μάρτυρας, σύντροφος, εξιλαστήριο θύμα, συμφιλιοτικός, πρωτοποριακός, συντονιστής, φροντιστής, συμπαραστάτης).
- Ανάλυση μοντέλων ρόλων (η μητέρα στην υγεία και στην ασθένεια, ο φροντιστής, αλλαγή ρόλων στη νοσηλεία).
- Παράγοντες που επηρεάζουν τη δομή των ρόλων είναι η κοινωνική τάξη, η δομή της οικογένειας, το πολιτισμικό και εθνικό υπόβαθρο, το αναπτυξιακό στάδιο, τα πρότυπα ρόλων, τα γεγονότα/προβλήματα υγείας.
- Όταν ένα μέλος της οικογένειας νοσήσει από μια χρόνια ασθένεια ή αναπηρία, τότε οι ρόλοι των μελών αλλάζουν προκειμένου να διατηρηθεί η ισορροπία.

21. Οικογενειακές αξίες

Οι αξίες και οι απόψεις της οικογένειας επηρεάζουν τη συμπεριφορά της οικογένειας, των μελών και τη δυναμική της. Είναι σημαντικό να γνωρίζει ο νοσηλευτής τι είναι σημαντικό για την οικογένεια, διότι έτσι θα κατευθύνει την αξιολόγηση, τη διάγνωση και τη φροντίδα υγείας.

- Αναγνώριση σημαντικών αξιών και η σημασία τους για την οικογένεια (υγεία, εκπαίδευση, ισότητα, εργασία κ.ά.).
- Ταύτιση αξιών της οικογένειας και της ευρύτερης κοινωνικής ομάδας.
- Βαθμός ταύτισης αξιών της οικογένειας και αξιών των μελών της οικογένειας.
- Μεταβλητές που επηρεάζουν τις αξίες.
- Αξίες που διατηρούνται συνειδητά και ασυνειδητά.
- Διάσταση αξιών στην οικογένεια.
- Αποτέλεσμα των αξιών και της διάστασής τους στην υγεία της οικογένειας.

Σκοπός των παρεμβάσεων του οικογενειακού νοσηλευτή όσον αφορά τη δομή της οικογένειας είναι να βοηθήσουν την οικογένεια και τα μέλη της να αναγνωρίσουν τα δυνατά τους σημεία και να προσαρμοστούν στους νέους ρόλους με παρεμβάσεις, όπως η διδασκαλία, η πληροφόρηση, η συμβουλευτική, η υποστήριξη, η υποστήριξη του φροντιστή, η βελτίωση της επικοινωνίας.

5.3.5 Λειτουργίες της οικογένειας

22. Συναισθηματική λειτουργία

Η συναισθηματική λειτουργία της οικογένειας σχετίζεται με την εσωτερική ανάγκη για ψυχοκοινωνική προστασία και υποστήριξη των μελών της.

- Τρόποι ανταπόκρισης της οικογένειας στις ανάγκες (αποδοχή, αίσθηση του ανήκειν, αγάπη, υποστήριξη, ανταμοιβή κ.ά.).
- Αμοιβαία φροντίδα, εγγύτητα, αναγνώριση, ιδιαιτερότητες και συνεκτικά στοιχεία.

Ενδεικτικές ερωτήσεις αξιολόγησης συναισθηματικής λειτουργίας και λειτουργικότητας:

- *Αντιμετωπίζονται με σεβασμό οι ανάγκες, τα ενδιαφέροντα και η διαφορετικότητα των άλλων μελών;*
- *Υπάρχει αμοιβαίος σεβασμός;*
- *Πόσο υποστηρικτικά είναι τα μέλη μεταξύ τους;*
- *Υπάρχει εγγύτητα και οικειότητα μεταξύ των μελών;*
- *Πώς αντιμετωπίζει η οικογένεια θέματα αποχωρισμού των μελών;*

Ενδεικτικές νοσηλευτικές παρεμβάσεις στην οικογένεια για τη διατήρηση ή τη βελτίωση της συναισθηματικής λειτουργίας:

- παρεμβάσεις που προάγουν την υγεία (διδασκαλία και πληροφόρηση για τον σεβασμό, τις προσωπικές ανάγκες, τη διαφορετικότητα),
- προαγωγή της αμοιβαιότητας (αποτελεσματική επικοινωνία),
- βοήθεια σε θέματα εγγύτητας ή αποχωρισμού των μελών,
- υποστήριξη στον θρήνο.

23. Λειτουργία κοινωνικοποίησης

Η κοινωνικοποίηση του ατόμου αρχίζει με τη γέννησή του και σταματά στο τέλος της ζωής του. Είναι μια διαδικασία που συμβαίνει σε όλη τη ζωή του ατόμου με την τροποποίηση της συμπεριφοράς του στις κοινωνικές καταστάσεις που βιώνει. Γενικότερα, περιλαμβάνει τη διδασκαλία και εκμάθηση για την απόκτηση του παιδιού απόψεων, στάσεων και συμπεριφορών που προάγουν την υγεία, τη διδασκαλία πειθαρχίας και αυτοπειθαρχίας. Διερευνώνται:

- πρακτικές ανατροφής των παιδιών (προστασία, ενεργητική ακρόαση, ο ρόλος της τιμωρίας, της πίεσης κ.ά.),
- προσαρμοστικότητα των πρακτικών ανατροφής στη μορφή και κατάσταση της οικογένειας,
- παράγοντες κοινωνικοποίησης των παιδιών,
- αξία των παιδιών στην οικογένεια,
- πολιτισμικά στοιχεία που επηρεάζουν τον τρόπο ανατροφής,
- επίδραση της κοινωνικής τάξης στον τρόπο ανατροφής,
- εκτίμηση πιθανού κινδύνου εμφάνισης προβλημάτων στην ανατροφή των παιδιών και προσδιορισμός αυτών,
- επάρκεια οικιακού περιβάλλοντος για τις ανάγκες των παιδιών για παιχνίδι.

Ενδεικτικές ερωτήσεις αξιολόγησης της κοινωνικής λειτουργίας και λειτουργικότητας:

- *Ποιες είναι οι πρακτικές της οικογένειας για τον έλεγχο της συμπεριφοράς; Την αυτονομία; Τη λήψη και απόδοση αγάπης στα μέλη;*
- *Ποιος έχει αναλάβει την κοινωνικοποίηση των παιδιών; Μοιράζεται η δραστηριότητα/ευθύνη αυτή;*
- *Πώς αντιμετωπίζονται τα παιδιά στην οικογένεια;*

Ενδεικτικά είδη νοσηλευτικών παρεμβάσεων στην οικογένεια για τη διατήρηση ή τη βελτίωση της κοινωνικής λειτουργίας:

- Υποστήριξη της οικογένειας (διδασκαλία, συμβουλευτική, συνηγορία).
- Υποστήριξη φροντιστή (εκμάθηση δεξιοτήτων, ενημέρωση, παρακολούθηση).
- Κοινωνικοπολιτισμικές παρεμβάσεις (π.χ. ευαισθησία οικογένειας σε συμβουλές διατροφής).
- Υποστήριξη στην τροποποίηση συμπεριφοράς.
- Αξιοποίηση υποστηρικτικών πηγών κοινότητας (υπηρεσίες ανάπαυλας, σύλλογοι, εκκλησία κ.ά.).

24. Φροντίδα της υγείας

Βασικός σκοπός της οικογενειακής νοσηλευτικής πρακτικής είναι η εκπαίδευση και συμβουλευτική της οικογένειας στην αυτοφροντίδα της. Οι διαφορές στη φροντίδα υγείας μπορεί να σχετίζονται με την αντίληψη της υγείας και της ασθένειας, τη συνεχή επαφή με την ασθένεια, το φύλο, την κοινωνική τάξη, τα πολιτισμικά χαρακτηριστικά, τις απόψεις για την αναζήτηση φροντίδας υγείας, καθώς και άλλους παράγοντες. Διερευνώνται:

- πεποιθήσεις, αξίες και συμπεριφορές υγείας της οικογένειας,
- ορισμοί υγείας και ασθένειας και γνωστικό επίπεδο,
- αντίληψη για την κατάσταση της υγείας και την ευπάθειά της σε ασθένειες,
- διατροφικές συνήθειες και επάρκεια διατροφής στην οικογένεια,
- λειτουργία γευμάτων και συμπεριφορές απέναντι στο φαγητό και τα γεύματα,
- αγοραστικές συνήθειες,
- υπεύθυνος για αγορά και προετοιμασία γευμάτων,
- συνήθειες ύπνου και ανάπαυσης,
- φυσική δραστηριότητα και αναψυχή,
- ιστορικό λήψης φαρμάκων,
- θεραπευτικές πρακτικές και κατανάλωση ουσιών (αλκοόλ, καπνού κ.ά.),
- ρόλος απέναντι σε πρακτικές φροντίδας εαυτού,
- υγιεινή του περιβάλλοντος,
- μέτρα πρόληψης (προληπτικές εξετάσεις, εμβολιασμοί, συνήθειες οδοντικής υγιεινής κ.ά.),
- συμπληρωματικές και εναλλακτικές θεραπείες,

- συναισθήματα και αντιλήψεις για τις υπηρεσίες υγείας,
- οικογενειακό ιστορικό υγείας,
- χρήση υπηρεσιών υγείας,
- επείγουσες υπηρεσίες υγείας,
- πόροι για πληρωμή υπηρεσιών υγείας,
- μέριμνα για περίθαλψη.

Ενδεικτικές ερωτήσεις αξιολόγησης της υγείας και λειτουργικότητας της οικογένειας:

- *Ποια η αξία της υγείας στην οικογένεια; Υπάρχει συμφωνία μεταξύ απόψεων και συμπεριφορών για την υγεία;*
- *Μπορεί η οικογένεια να παρακολουθήσει και να αναφέρει αλλαγές στα συμπτώματα;*
- *Γνωρίζει η οικογένεια ποια είναι η σωστή διατροφή;*
- *Ποιες είναι οι συνήθειες ύπνου των μελών, ποιος αποφασίζει τότε τα παιδιά θα πάνε για ύπνο;*
- *Ποια είδη φυσικής άσκησης χρησιμοποιούν τα μέλη; Ποια είναι η κατανάλωση καπνού και αλκοόλ από τα μέλη;*

Ενδεικτικές νοσηλευτικές παρεμβάσεις στην οικογένεια για τη διατήρηση ή τη βελτίωση της υγείας των μελών:

- Αυτοαντιμετώπιση, δηλαδή λήψη μέτρων-αλλαγών με την αναγνώριση της ασυμφωνίας απόψεων και συμπεριφορών (π.χ. διαπίστωση από τον νοσηλευτή της οικογένειας της έλλειψης γνώσεων αλλά και αδιαφορίας των γονέων για τον εμβολιασμό του νηπίου. Εν συνέχεια, ο νοσηλευτής επισημαίνει την αξία του εμβολιασμού στους γονείς. Διαπιστώθηκε προσπάθεια της οικογένειας για την εμβολιαστική κάλυψη του παιδιού;).
- Προσπάθεια αλλαγής των δυσλειτουργικών απόψεων/πεποιθήσεων της οικογένειας ή των μελών, οι οποίες βασίζονται σε υποθέσεις ή γενίκευση προηγούμενων εμπειριών τους (γνωστική αναδόμηση: π.χ. στην οικογένειά μας ποτέ κανένας δεν ήταν αδύνατος...).
- Χρήση προτύπων (π.χ. γονέας που εφαρμόζει την υγιεινή των δοντιών αποτελεί πρότυπο για το παιδί του).
- Ενίσχυση και επιβράβευση των θετικών συμπεριφορών υγείας (π.χ. τα θετικά σχόλια είναι περισσότερο αποτελεσματικά στην αλλαγή συμπεριφοράς από την τιμωρία).
- Διδασκαλία, συμβουλευτική, παραπομπή σε υπηρεσίες κ.ά.

5.3.6 Στρεσογόνοι παράγοντες για την οικογένεια, αντιμετώπιση και προσαρμογή

Στρεσογόνοι παράγοντες είναι οι παράγοντες που ενεργοποιούν τη διαδικασία του στρες (περιβαλλοντικοί, οικονομικοί, κοινωνικοί, γεγονότα κ.ά.). Στρες είναι η απάντηση ή η κατάσταση έντασης που προκαλείται από τους στρεσογόνους παράγοντες ή από πραγματικές ή αντιλαμβανόμενες απαιτήσεις που δεν μπορεί να τις διαχειριστεί ένα άτομο. Η κρίση στην οικογένεια είναι μια συνεχής κατάσταση διάσπασης, αποδιοργάνωσης και ανικανότητας στο σύστημα της οικογένειας. Ατομικές στρατηγικές αντιμετώπισης είναι οι θετικές ή αρνητικές στρατηγικές για προσαρμογή. Οικογενειακές στρατηγικές αντιμετώπισης είναι η διαδικασία στην οποία η οικογένεια αναγνωρίζει όλες τις υποστηρικτικές πηγές, τα δυνατά της σημεία και μειώνει την επίδραση των στρεσογόνων παραγόντων. Προσαρμογή είναι η διαδικασία διαχείρισης των στρεσογόνων παραγόντων με τη χρήση των υποστηρικτικών πηγών, των στρατηγικών αντιμετώπισης και επίλυσης προβλημάτων.

25. Στρεσογόνοι παράγοντες, σταθερότητα και αντιλήψεις:

- Στρεσογόνοι παράγοντες που βιώνει η οικογένεια.
- Σταθερότητα/δύναμη που αντισταθμίζει το στρες.
- Ορισμός της κατάστασης από την οικογένεια.

26. Χρήση στρατηγικών αντιμετώπισης του στρες (παρελθόν, παρόν):

- Διαφορές στους τρόπους αντιμετώπισης των μελών.
- Πώς αντιδρά στο στρες η οικογένεια;
- Εσωτερικές στρατηγικές αντιμετώπισης.

- Εξωτερικές στρατηγικές αντιμετώπισης.
- Δυσλειτουργικές προσαρμοστικές στρατηγικές (παρελθόν/παρόν και έκταση της χρήσης τους).

27. Προσαρμογή της οικογένειας στις στρεσογόνους καταστάσεις:

- Συνολική προσαρμογή.
- Αξιολόγηση πότε η οικογένεια βρίσκεται σε κρίση.

28. Συνεχής αντιμετώπιση στρες και προσαρμογή:

Ενδεικτικές ερωτήσεις αξιολόγησης της οικογένειας:

- *Ποιοι είναι οι στρεσογόνοι παράγοντες που επιδρούν στην οικογένεια; Ποια η διάρκεια επίδρασής τους;*
- *Είναι η οικογένεια ικανή να διαχειριστεί το στρες; Με ποιους τρόπους;*
- *Πώς αντιδρά στο στρες; Ποιες στρατηγικές χρησιμοποιεί;*

Είδη παρεμβάσεων στην οικογένεια:

- Βοήθεια της οικογένειας να αντιμετωπίσει το πρόβλημα (ενθάρρυνση, υποστήριξη, διδασκαλία στρατηγικών αντιμετώπισης στρες).
- Παρεμβάσεις στην κρίση που προκαλείται από το στρες.
- Ενδυνάμωση οικογένειας.
- Προφύλαξη από βίαιες συμπεριφορές μέσα, από και προς την οικογένεια ή μέλη της ως απάντηση/αντίδραση στο στρες.

Θυμηθείτε ότι:

- Σύμφωνα με το μοντέλο της Friedman η οικογένεια αξιολογείται: α) ως όλον-σύστημα, β) ως υποσύστημα και γ) ως σύστημα σε αλληλεπίδραση.
- Παράγοντες που επηρεάζουν τη δομή και τη λειτουργία της οικογένειας αξιολογούνται διεξοδικά και συστηματικά με σκοπό την εφαρμογή κατάλληλων παρεμβάσεων και τη βέλτιστη έκβαση της φροντίδας.
- Το μοντέλο της Friedman για την αξιολόγησης της οικογένειας περιλαμβάνει 6 μεγάλες κατηγορίες αξιολόγησης και συνεπώς κατηγορίες συνέντευξης: 1) δημογραφικά στοιχεία, 2) αναπτυξιακό στάδιο και ιστορικό της οικογένειας, 3) περιβαλλοντικά δεδομένα, 4) δομή της οικογένειας, 5) λειτουργίες της οικογένειας (συναισθηματική, κοινωνικοποίηση και φροντίδα υγείας) και 6) στρεσογόνοι παράγοντες για την οικογένεια και διαδικασίες για την αντιμετώπισή του.

Ξενόγλωσση Βιβλιογραφία

- Friedman, M. (1998). *Family nursing, Research, theory and practice*. 4th edition, USA, Appleton & Lange.
- Galvin, E., Boyers, L., Schwartz, P. K., & Jones, M. W. (2000). Challenging the precepts of family-centered care: Testing a philosophy. *Pediatric Nursing*, 26(6), 625.
- Kaakinen, J. R., Gedaly-Duff, V., Coehlo, D. P., & Hanson, S.M.H. (2010). *Family health care nursing: Theory, practice, and research*. Philadelphia, FA Davis.
- MacKean, G. L., Thurston, W. E., & Scott, C.M. (2005). Bridging the divide between families and health professionals' perspectives on family-centered care. *Health Expect*, 8(1), 74-85.
- Mitchell, M., Chaboyer, W., Burmeister, E., & Foster, M. (2009). Positive effects of a nursing intervention on family-centered care in adult critical care. *American Journal of Critical Care*, 18(6), 543-552.
- Shields, L., & Tanner, A. (2004). Pilot study of a tool to investigate perceptions of family-centered care in different care settings. *Pediatric Nursing*, 30(3), 189.

Ελληνόγλωσση Βιβλιογραφία

- Cook-Siegrist, B., & Bragg-Underwood, T. (2019). Οικογενειακή υγεία. Στο M. Nies, & M. McEwen (eds), *Κοινωνική Νοσηλευτική: προάγοντας την υγεία των πληθυσμών* (7η έκδοση). Επιμέλεια Α. Καυγά κ.συν., Αθήνα, Εκδόσεις Λαγός (σελ. 499-529).
- Kaakinen, J., Hanson, S., & Bisenbaun, L. (2006). Οικογενειακή ανάπτυξη και νοσηλευτική αξιολόγηση της οικογένειας. Στο M. Stanhope & J. Lancaster (επιμ.), *Κοινωνική νοσηλευτική*. Επιμέλεια Ε. Γκεσούλη-Βολτυράκη & Μ. Νούλα, Αθήνα, Εκδόσεις Πασχαλίδης (σελ. 423-447).
- Καλοκαιρινού, Α. & Σουρτζή, Π. (2005). *Κοινωνική Νοσηλευτική*. Αθήνα, Εκδόσεις Βήτα.
- Καλοκαιρινού, Α., & Αθανασοπούλου, Μ. (2009). *Νοσηλευτική της Οικογένειας*. Αθήνα, Εκδόσεις Βήτα.
- Καλοκαιρινού, Α., & Αδαμακίδου, Θ. (2014). *Κατ' οίκον νοσηλευτική φροντίδα, έννοιες, δεξιότητες, εφαρμογές*. Αθήνα, Εκδόσεις Βήτα.

Κριτήρια Αξιολόγησης

Κριτήριο Αξιολόγησης 1

Περιγράψτε εν συντομία δύο βασικές παρεμβάσεις του νοσηλευτή της οικογένειας οι οποίες στοχεύουν στην προαγωγή της κοινωνικής υποστήριξης της οικογένειας.

Απάντηση/Λύση

Ενδεικτικές παρεμβάσεις μπορεί να είναι η ενθάρρυνση συμμετοχής σε ομάδες αυτοβοήθειας και η αξιοποίηση του κοινωνικού δικτύου της οικογένειας, έτσι ώστε να συμβάλλουν στη φροντίδα της.

Κριτήριο Αξιολόγησης 2

Συζητήστε με ποιον τρόπο «το σπίτι επηρεάζει την αυτοαντίληψη του ατόμου».

Απάντηση/Λύση

Η συζήτηση μπορεί να ξεκινήσει προσδιορίζοντας τη σημασία και το νόημα του σπιτιού, τις συνθήκες διαβίωσης (ασφάλεια, ιδιωτικότητα, πολυκοσμία, άστεγος κ.ά.) και λαμβάνοντας υπόψη ότι το σπίτι είναι ένα σύμβολο της κατάστασης του ατόμου, των επιτευγμάτων του, της κοινωνικής του θέσης και αποδοχής και, συνεπώς, επηρεάζει τον τρόπο που το άτομο και η οικογένεια αντιλαμβάνονται τον εαυτό τους αλλά και τον τρόπο που οι άλλοι βλέπουν το συγκεκριμένο άτομο και την οικογένεια.

Κριτήριο Αξιολόγησης 3

Αναφέρετε από δύο χαρακτηριστικά της λειτουργικής και μη λειτουργικής επικοινωνίας για τον αποστολέα του μηνύματος και τον λήπτη του μηνύματος.

Απάντηση/Λύση

Ενδεικτικά χαρακτηριστικά μπορεί να είναι:

Αποστολέας μηνύματος:

- Λειτουργικά χαρακτηριστικά: ξεκάθαρη τοποθέτηση της κατάστασης / του μηνύματος, αναζήτηση feedback κ.ά.
- Δυσλειτουργική επικοινωνία: βασίζεται σε υποθέσεις, αδυναμία ή δυσκολία έκφρασης αναγκών, απουσία έκφρασης συναισθημάτων, επικριτική έκφραση κ.ά.

Αποδέκτης μηνύματος:

- Λειτουργική επικοινωνία: ενεργητική ακρόαση, απόδοση feedback κ.ά.
- Δυσλειτουργική επικοινωνία: δυσκολία ή αδυναμία ακρόασης, αποκλεισμός, έλλειψη διερεύνησης του θέματος, έλλειψη αξιολόγησης, προσβλητικότητα, αρνητικότητα κ.ά.

Κριτήριο Αξιολόγησης 4

Διατυπώστε μια νοσηλευτική διάγνωση η οποία σχετίζεται με την εκπλήρωση των ρόλων ενός μέλους της οικογένειας.

Απάντηση/Λύση

Ενδεικτική νοσηλευτική διάγνωση:

Αναποτελεσματική εκπλήρωση γονικού ρόλου του πατέρα η οποία οφείλεται στο πρόγραμμα εργασίας του πατέρα, όπως φαίνεται από την έλλειψη ικανοποίησης της συζύγου για τη συμμετοχή στη φροντίδα του παιδιού, την εκπεφρασμένη ανάγκη του 8χρονου παιδιού για επικοινωνία με τον πατέρα του, την εκπεφρασμένη ανάγκη της συζύγου για κοινό ποιοτικό χρόνο των μελών της οικογένειας.

Κριτήριο Αξιολόγησης 5

Περιγράψτε και συζητήστε την αλλαγή στους ρόλους των συζύγων, εξαιτίας της εργασίας τους, σε μια σύγχρονη πυρηνική οικογένεια με παιδί.

Απάντηση/Λύση

Ενδεικτικές αλλαγές ρόλων:

Η σύζυγος, συνήθως, βιώνει σύγκρουση ρόλων και συναισθήματα ανησυχίας και ενοχής. Σύγκρουση του ρόλου της εργαζομένης και του ρόλου φροντίδας του σπιτιού και του ρόλου της μητέρας για τη φροντίδα του παιδιού (τα οποία κανονικά πρέπει να μοιράζονται).

Ο σύζυγος βιώνει, συνήθως, αλλαγές στους ρόλους και όχι απαραίτητα σύγκρουση ρόλων. Αλλαγές στον ρόλο του να φέρνει τα αγαθά στο σπίτι, συμμετοχή στη φροντίδα του παιδιού.

Κριτήριο Αξιολόγησης 6

Συζητήστε τρεις αξίες οι οποίες έχουν αλλάξει στη σύγχρονη κοινωνία και στην οικογένεια.

Απάντηση/Λύση

Ενδεικτικές αξίες που έχουν αλλάξει στη σύγχρονη κοινωνία: καταναλωτισμός, υγεία, ατομικισμός, διαφορετικότητα, ισότητα, ηθική κ.ά.

Κριτήριο Αξιολόγησης 7

Αναφέρετε πέντε καταστάσεις οι οποίες μπορούν να προκαλέσουν εξαιρετικό στρες στη ζωή της οικογένειας και των μελών της.

Απάντηση/Λύση

Απώλεια (θάνατος, μετακόμιση, διαζύγιο, εργασία κ.ά.), σεξουαλική κακοποίηση, οξύ ή χρόνιο νόσημα, εξάρτηση από ουσίες, οικονομικά ζητήματα, ρόλος φροντιστή στο άρρωστο μέλος κ.ά.

Κριτήριο Αξιολόγησης 8

Αναφέρετε τρεις στρατηγικές αντιμετώπισης των καταστάσεων που προάγουν τη λειτουργικότητα της οικογένειας και τρεις στρατηγικές που κάνουν δυσλειτουργική την οικογένεια και τα μέλη της.

Απάντηση/Λύση

Ενδεικτικές στρατηγικές που προάγουν τη λειτουργικότητα της οικογένειας: χιούμορ, ευελιξία ρόλων, αναζήτηση πληροφόρησης, αναζήτηση και αξιοποίηση του κοινωνικού δικτύου και των υποστηρικτικών πηγών, μοίρασμα, διαδικασία επίλυσης προβλημάτων κ.ά.

Ενδεικτικές στρατηγικές που κάνουν δυσλειτουργική την οικογένεια και τα μέλη της: βία, «αποδιοπομπαίος τράγος», απειλή, συντήρηση μύθων για την οικογένεια και τα μέλη της κ.ά.

Κεφάλαιο 6 Το μοντέλο Calgary για την Αξιολόγηση και Παρέμβαση στην Οικογένεια

Σύνοψη

Το μοντέλο Calgary για την αξιολόγηση και παρέμβαση στην οικογένεια έχει χαρακτηριστεί ως ένα από τέσσερα βασικά μοντέλα για την αξιολόγηση της οικογένειας. Στο παρόν κεφάλαιο περιγράφονται οι άξονες του μοντέλου αξιολόγησης, καθώς επίσης και τα πεδία παρέμβασης του μοντέλου παρέμβασης, ενώ παράλληλα για την κατανόηση και διευκόλυνση του νοσηλευτή δίνονται παραδείγματα ερωτήσεων για την αξιολόγηση των συγκεκριμένων αξόνων.

Προαπαιτούμενη γνώση

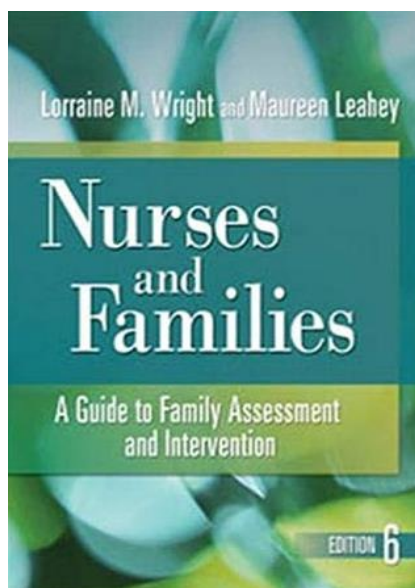
Πολύ καλή γνώση των εννοιών και των θεμάτων των Κεφαλαίων 1 και 2 του συγγράμματος. Πολύ καλή κατανόηση των βασικών αρχών και εννοιών σκέψης και πράξης της νοσηλευτικής της οικογένειας.

Γλωσσάριο επιστημονικών όρων

Αναπτυξιακή αξιολόγηση	Λεκτική επικοινωνία
Αξιολόγηση εξωτερικής δομής της οικογένειας	Μη λεκτική επικοινωνία
Αξιολόγηση εσωτερικής δομής της οικογένειας	Μοντέλο Calgary για την αξιολόγηση της οικογένειας
Αξιολόγηση πλαισίου της οικογένειας	Μοντέλο Calgary Παρέμβασης στην οικογένεια
Ερωτήσεις παρέμβασης	Παρεμβάσεις στο γνωστικό πεδίο λειτουργικότητας
Κυκλική έμμεση επικοινωνία	Παρεμβάσεις στο πεδίο συμπεριφοράς
Κύκλος ζωής της οικογένειας	Παρεμβάσεις στο συναισθηματικό πεδίο λειτουργικότητας
Λειτουργική αξιολόγηση της δομής της οικογένειας	
Λειτουργική αξιολόγηση της έκφρασης της οικογένειας	

Εισαγωγή

Το International Council of Nurses χαρακτήρισε το μοντέλο Calgary Family Assessment Model (CFAM) ως ένα από τέσσερα βασικά μοντέλα για την αξιολόγηση της οικογένειας (Leahey & Wright, 2016). Το μοντέλο έχει μεταφραστεί σε πολλές γλώσσες και χρησιμοποιείται στη διδασκαλία και έρευνα για τη νοσηλευτική της οικογένειας σε μεταπτυχιακό και διδακτορικό επίπεδο (Εικόνα 6.1).



Εικόνα 6.1 Το βιβλίο των L. M. Wright και M. Leahey (2009), το οποίο περιγράφει το μοντέλο Calgary Αξιολόγησης και Παρέμβασης στην Οικογένεια.

6.1 Το θεωρητικό υπόβαθρο του μοντέλου Calgary

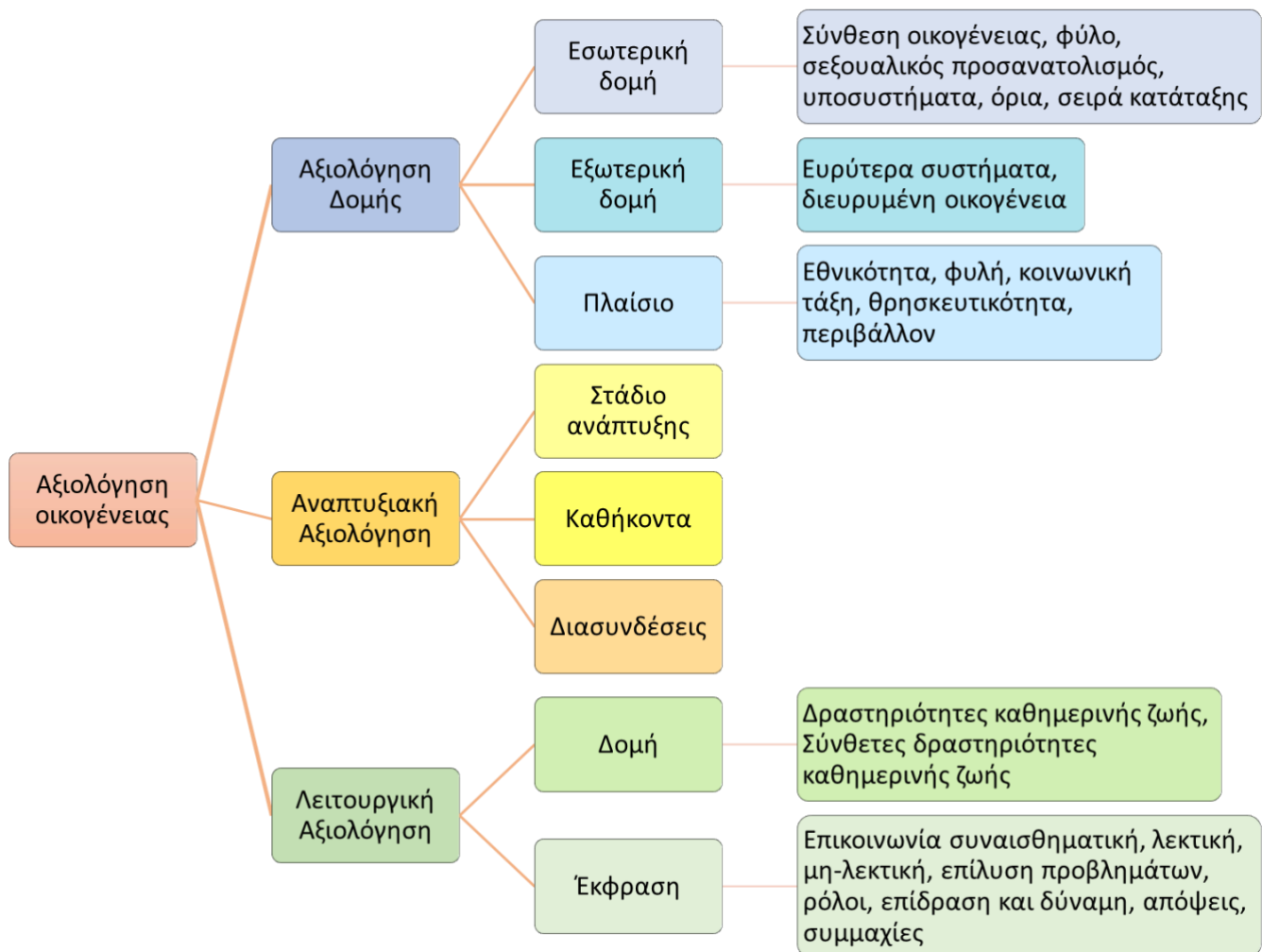
Το μοντέλο Calgary για την αξιολόγηση και παρέμβαση στην οικογένεια έχει τη βάση του σε 6 βασικές θεωρητικές προσεγγίσεις (Wright & Leahey, 2009):

- 1) Στον μεταμοντερνισμό (postmodernism), ο οποίος χαρακτηρίζεται από τον σκεπτικισμό και τον πλουραλισμό. Στην οικογενειακή νοσηλευτική τα ανωτέρω βρίσκουν εφαρμογή, για παράδειγμα, στο ότι περισσότερη έμφαση δίνεται στον τρόπο που βιώνει η οικογένεια και τα μέλη την ασθένεια, και όχι μόνο στη νόσο, στην επίγνωση της πολλαπλότητας και ποικιλότητας σε πολιτισμικές, θρησκευτικές, εθνικές κ.ά. απόψεις και στον τρόπο που αυτή επηρεάζει ποικιλοτρόπως τη δομή της οικογένειας.
- 2) Στη θεωρία των συστημάτων (systems theory), σύμφωνα με την οποία η οικογένεια είναι μέρος ενός ευρύτερου συστήματος, είναι η ίδια ένα σύστημα και κάθε μέλος της οικογένειας είναι ένα υποσύστημα αλλά και σύστημα. Η οικογένεια έχει την ικανότητα να βρίσκει την ισορροπία και σταθερότητα μετά από μια αλλαγή, τα μέλη της οικογένειας αλληλεπιδρούν μεταξύ τους και η οικογένεια έχει την ικανότητα μέσα από αυτήν την αλληλεπίδραση να βρίσκει την ισορροπία και σταθερότητα μετά από μια αλλαγή.
- 3) Στην κυβερνητική (cybernetic), η οποία έχει βασικές έννοιες την επικοινωνία και τον έλεγχο/ανατροφοδότηση, σύμφωνα με τα οποία το σύστημα της οικογένειας θεωρείται ως κύκλος ανατροφοδότησης, ενώ παράλληλα η διαδικασία της ανατροφοδότησης μπορεί να συμβαίνει ταυτόχρονα σε πολλά επίπεδα στην οικογένεια.
- 4) Στη θεωρία της επικοινωνίας (communication theory), σύμφωνα με την οποία η επικοινωνία βοηθά τα μέλη της οικογένειας να διασαφηνίσουν τους ρόλους τους μέσα από τη συμπεριφορά τους, να μάθουν για το περιβάλλον τους, να διερευνήσουν τον τρόπο επίλυσης των συγκρούσεων, να διδάξουν και να καλλιεργήσουν την αυτοεκτίμηση σε όλα τα μέλη, να εκφράζουν δημιουργικά τα συναισθήματά τους μέσα στην οικογένεια κ.ά.
- 5) Στη θεωρία της αλλαγής (change theory), σύμφωνα με την οποία η αλλαγή είναι μια μεταβολή στη δομή της οικογένειας, η οποία αλλαγή συμβαίνει ως αντιστάθμιση μιας διαταραχής και έχει σκοπό να διατηρήσει τη δομή και τη σταθερότητα της οικογένειας. Η ίδια η αλλαγή βιώνεται ως διαταραχή στο σύστημα της οικογένειας. Ο σκοπός της νοσηλευτικής παρέμβασης είναι να μεταβάλλει τη θεώρηση και τις απόψεις της οικογένειας για το πρόβλημα. Οι νοσηλευτές βοηθούν τα μέλη να ανακαλύψουν εναλλακτικές συμπεριφορές, απόψεις και συναισθηματικές απαντήσεις στο πρόβλημα.
- 6) Στη βιολογία της νόησης (biology of cognition), σύμφωνα με την οποία οι άνθρωποι αναπτύσσουν διαφορετικές θεωρήσεις προκειμένου να κατανοήσουν τα γεγονότα και τις εμπειρίες που βιώνουν στη ζωή τους.

6.2 Το μοντέλο Calgary για την αξιολόγηση της οικογένειας (Calgary Family Assessment Model – CFAM)

Το μοντέλο περιλαμβάνει 3 μεγάλες κατηγορίες και υποκατηγορίες αξιολόγησης (Σχήμα 6.1) της οικογένειας (Wright & Leahey, 2009):

1. αξιολόγηση της δομής (structural assessment),
2. αναπτυξιακή αξιολόγηση (developmental assessment),
3. λειτουργική αξιολόγηση (functional assessment).



Σχήμα 6.1 Βασικοί και επιμέρους άξονες της οικογένειας σύμφωνα με το μοντέλο Calgary για την αξιολόγηση της οικογένειας.

Κάθε νοσηλευτής αποφασίζει ποιες κατηγορίες και υποκατηγορίες ενδείκνυται να διερευνηθούν για κάθε οικογένεια τη δεδομένη στιγμή της αξιολόγησης. Ο νοσηλευτής πρέπει να έχει επίγνωση ότι η αξιολόγηση της οικογένειας βασίζεται στις προσωπικές και επαγγελματικές εμπειρίες και απόψεις του ίδιου, καθώς και στη σχέση του με τον συνεντευξιαζόμενο/-η. Οι οικογένειες αναζητούν τη βοήθεια των νοσηλευτών όταν αντιμετωπίζουν κάποιο πρόβλημα, όταν υποφέρουν από μια ασθένεια, απώλεια, ανικανότητα, όταν επιθυμούν να βελτιώσουν την ποιότητα ζωής τους. Το μοντέλο CFAM καθοδηγεί τους νοσηλευτές να βοηθήσουν την οικογένεια.

Σύμφωνα με το μοντέλο αυτό, η αξιολόγηση της οικογένειας περιλαμβάνει την αξιολόγηση της δομής, την αναπτυξιακή αξιολόγηση και τη λειτουργική αξιολόγηση.

6.2.1 Αξιολόγηση δομής

Η αξιολόγηση της δομής της οικογένειας περιλαμβάνει την αξιολόγηση εσωτερικής δομής, την αξιολόγηση εξωτερικής δομής και την αξιολόγηση του κοινωνικο-πολιτισμικού πλαισίου. Μέθοδοι για την αξιολόγηση της δομής της οικογένειας είναι το γενόγραμμα και ο οικοχάρτης.

6.2.1.1 Αξιολόγηση εσωτερικής δομής

Η αξιολόγηση εσωτερικής δομής περιλαμβάνει τις ακόλουθες έξι επιμέρους κατηγορίες. Συγκεκριμένα:

1. Σύνθεση της οικογένειας. «Οικογένεια είναι τα άτομα τα οποία το άτομο λέει ότι είναι». Μια οικογένεια μπορεί να είναι πυρηνική, μονογονεϊκή, τα παιδιά να ζουν με τους παππούδες, ομόφυλη κ.ά. Οι αλλαγές στη σύνθεσή της, όπως σε περίπτωση θανάτου, γέννησης, γάμου, αντίστοιχα θα πρέπει να αναφέρονται.
Ερωτήσεις:
 - *Θα μπορούσατε να μου πείτε ποια είναι τα μέλη της οικογένειάς σας;*
 - *Υπάρχει κάποιος άλλος που ζει μαζί σας;*
 - *Υπάρχει κάποιος που έφυγε πρόσφατα από το σπίτι;*
2. Φύλο. Το φύλο είναι σημαντικό στη φροντίδα υγείας, καθώς οι διαφορές μεταξύ ανδρών και γυναικών στην εμπειρία και αντίληψη του κόσμου προσανατολίζουν τη θεραπευτική προσέγγιση.
Ερωτήσεις:
 - *Ως γυναίκα πώς θεωρείς ότι πρέπει να συμπεριφέρεσαι σε έναν άνδρα;*
 - *Πώς περιμένεις να σου συμπεριφέρεται αυτός;*
 - *Εάν έδειχνες τα συναισθήματά σου στη γυναίκα σου, πιστεύεις ότι αυτή θα άλλαζε συμπεριφορά;*
3. Σεξουαλικός προσανατολισμός. Ο νοσηλευτής της οικογένειας θα πρέπει να προσδιορίσει εάν η οικογένεια είναι ετερόφυλη, ομόφυλη κ.ά. Απαιτείται ειδική καθοδήγηση σε οικογένειες στις οποίες οι γονείς ανήκουν σε μειονότητες λόγω σεξουαλικών επιλογών εξαιτίας στερεοτύπων, διακρίσεων και ελλιπούς ενημέρωσης.
Ερωτήσεις:
 - *Σε ποια ηλικία άρχισε η σεξουαλική δραστηριότητα;*
 - *Τι επίδραση είχε στη φροντίδα από τη μητέρα σου η ανακοίνωση ότι είσαι ομοφυλόφιλη;*
 - *Ποια η αντίδραση των γονέων όταν τους ανακοίνωσες ότι είσαι ομοφυλόφιλος και θα πάρεις διαζύγιο;*
4. Σειρά κατάταξης των μελών. Σημαντική είναι η κατάταξη των μελών στην οικογένεια με βάση την ηλικία και το φύλο. Οι σχέσεις των αδερφών είναι σημαντικές για τον αναπτυξιακό κύκλο της ζωής της οικογένειας.
Ερωτήσεις:
 - *Πόσα παιδιά έχετε; Ποια είναι η ηλικία τους;*
 - *Εάν το μικρό παιδί αρχίζει σχολείο, τι επίδραση μπορεί να έχει στο ζευγάρι που σκέφτεται να κάνει εξωσωματική;*
5. Υποσυστήματα. Κάθε άτομο στην οικογένεια μπορεί να ανήκει σε πολλά υποσυστήματα. Το μέλος πρέπει να αναπτύξει δεξιότητες ένταξης και προσαρμογής σε αυτά. Τα υποσυστήματα μπορεί να δημιουργηθούν με βάση την ηλικία, το φύλο, τα ενδιαφέροντα, τη λειτουργία κ.ά. Για παράδειγμα, μια γυναίκα 65 ετών μπορεί να ανήκει σε διαφορετικά υποσυστήματα λόγω των ρόλων της ως γιαγιάς, συζύγου, μητέρας, κόρης.
Ερωτήσεις:
 - *Υπάρχουν υποομάδες στην οικογένεια;*
 - *Ποια η επίδρασή τους στη λειτουργία της οικογένειας;*
 - *Σε ποια ομάδα θα ήθελες να ανήκεις;*
6. Όρια. Προσδιορίζονται τα όρια και οι αρχές που διέπουν ποιος συμμετέχει σε ποιο υποσύστημα. Τα όρια υπάρχουν για να προσδιορίζουν και να προστατεύουν το υποσύστημα, μπορεί να είναι διαπερατά, αυστηρά, διάχυτα και να αλλάζουν στον χρόνο.

Ερωτήσεις:

- Σε ποιόν απευθύνεσαι όταν είσαι ευτυχισμένος; Όταν είσαι λυπημένος;
- Υπάρχει κάποιος που έχει αντιρρήσεις γιατί συζητάς με αυτό το άτομο;
- Εάν η μητέρα σου είχε υποστήριξη από τους παππούδες, πιστεύεις ότι θα επηρέαζε τον τρόπο που διαχειρίζεται την ασθένεια του μπαμπά;

6.2.1.2 Αξιολόγηση εξωτερικής δομής

Η αξιολόγηση εξωτερικής δομής περιλαμβάνει δύο επιμέρους κατηγορίες.

1. Διευρυμένη οικογένεια. Περιλαμβάνει τις οικογένειες προέλευσης, μητριά, πατριό, ετεροθαλή αδέρφια κ.ά. Το είδος και η ποιότητα της σχέσης καθορίζουν το είδος και την ποιότητα της υποστήριξης. Για παράδειγμα, νεαρός μένει παράλυτος μετά από ατύχημα και βρίσκει υποστήριξη στην επαφή μέσω mail, Facebook, Twitter, blogs με φίλους, συναθλητές, οικογένεια.

Ερωτήσεις:

- Που μένουν οι γονείς σου; Πόσο συχνά έχεις επαφή μαζί τους;
- Τι γίνεται με τα αδέρφια σου και τους άλλους συγγενείς;
- Ποιον θεωρείς πιο κοντινό συγγενή σου;

2. Ευρύτερα συστήματα. Αναφέρεται στα ευρύτερα κοινωνικά συστήματα ή πρόσωπα με τα οποία υπάρχει ουσιαστική επαφή. Για παράδειγμα, το σύστημα εργασίας, μια κλινική εξωτερικής νοσηλείας, οι υπηρεσίες για ψυχικά ασθενείς, οι υπηρεσίες αποκατάστασης.

Ερωτήσεις:

- Από ποιους άλλους επαγγελματίες δέχετε βοήθεια;
- Πόσο συχνά έρχεστε σε επαφή; Ποιος επέλεξε τη συμμετοχή σας;
- Υπάρχει συμφωνία στο πώς ορίζετε το πρόβλημα εσείς και ο επαγγελματίας; Πώς και η συνεργασία σας είχε τόση διάρκεια;

6.2.2 Αξιολόγηση κοινωνικο-πολιτισμικού πλαισίου

Ως πλαίσιο θεωρείται η κατάσταση ή το υπόβαθρο το οποίο σχετίζεται με ένα γεγονός ή μια προσωπικότητα. Το πλαίσιο στο μοντέλο CFAM περιλαμβάνει 5 υποκατηγορίες.

1. Εθνικότητα. Είναι ένας συνδυασμός ιστορίας, φυλής, κοινωνικής τάξης και θρησκείας. Προσδιορισμός εάν πρόκειται για πρόσφυγες, μετανάστες και ποιας γενιάς. Ο νοσηλευτής οφείλει να προσεγγίζει την οικογένεια με πολιτισμική ευαισθησία και πολιτισμική επάρκεια.

Ερωτήσεις:

- Θα μπορούσατε να μου πείτε περισσότερα για την κουλτούρα σας σε σχέση με την ασθένεια;
- Τι σημαίνει υγεία για σένα; Πώς ξέρεις ότι είσαι υγιής;
- Είσαι δεύτερης γενιάς μετανάστης. Κατά πόσο οι πρακτικές υγείας είναι όμοιες ή διαφορετικές με αυτές των παππούδων σου;

2. Φυλή. Η φυλή ενδυναμώνει την ταυτότητα ενός ατόμου. Ενδεικτικά το 9% των γάμων στις ΗΠΑ το 2009 ήταν μεταξύ ατόμων από διαφορετικές φυλές και εθνικότητες. Πολιτισμική ευαισθησία και πολιτισμική επάρκεια επιβάλλεται να διέπουν τη συμπεριφορά του νοσηλευτή της οικογένειας.

Ερωτήσεις:

- Εάν εσείς και εγώ ήμασταν από την ίδια φυλή πιστεύετε ότι η συζήτηση θα ήταν διαφορετική;
- Πιστεύετε ότι η διαφορετικότητα μεταξύ μας θα επηρεάσει την υγεία σας; Θα μπορούσατε να με βοηθήσετε να κατανοήσω τι χρειάζεται να γνωρίζω για να μπορώ να σας βοηθήσω;

3. Κοινωνική τάξη. Επηρεάζει τον αυτοπροσδιορισμό του μέλους της οικογένειας και τον προσδιορισμό του από τους άλλους. Κάθε κοινωνική τάξη έχει δικές της αξίες, τρόπο ζωής, συμπεριφορές επικοινωνίας της οικογένειας και συμπεριφορές υγείας. Ο νοσηλευτής κρίνεται σκόπιμο να προσπαθεί να κατανοήσει την επίδρασή της (θετική ή αρνητική) και να παρέχει ανάλογη υποστήριξη.

Ερωτήσεις:

- Πώς επηρεάζει η κυκλική εργασία την οικογένεια;
- Πώς η οικονομική σας κατάσταση επηρεάζει την επαφή σας με τις υπηρεσίες υγείας;
- Πόσα σχολεία άλλαξε ο γιος σας;

4. Πνευματικότητα/Θρησκεία. Η πνευματικότητα αφορά την προσωπική αναζήτηση απαντήσεων για την εύρεση νοήματος και σκοπού στη ζωή κάποιου. Η θρησκευτικότητα αφορά τον δεσμό και τη συμμετοχή σε σύστημα πρακτικών λατρείας. Και τα δύο επηρεάζουν τις αξίες της οικογένειας, τη φροντίδα υγείας, τις πρακτικές κοινωνικοποίησης, καθώς και άλλες συμπεριφορές που σχετίζονται με την υγεία.

Ερωτήσεις:

- Τι ρόλο παίζουν η θρησκευτικότητα και η πνευματικότητα στην καθημερινή σας ζωή;
- Η πνευματικότητα είναι μια πηγή υποστήριξης για εσάς στο πρόβλημα υγείας σας; Είναι μια πηγή άγχους για εσάς;
- Από πού αντλείτε ελπίδα; Τι υποστηρίζει η θρησκεία σας για τον σεξουαλικό προσανατολισμό;

5. Περιβάλλον. Περιλαμβάνει τόσο το σπίτι όσο και το ευρύτερο περιβάλλον της γειτονιάς και της ευρύτερης κοινότητας. Αφορά, επίσης, την επάρκεια χώρου και ιδιωτικότητας, τα σχολεία, τη μονάδα ημερήσιας φροντίδας, την πρόσβαση σε μέσα μαζικής μεταφοράς.

Ερωτήσεις:

- Ποιες πηγές/υπηρεσίες της κοινότητας χρησιμοποιεί η οικογένειά σας;
- Υπάρχουν υπηρεσίες για τις οποίες θα θέλατε περισσότερες πληροφορίες;
- Τι θεωρείται ότι θα σας βοηθούσε να λειτουργείτε περισσότερο ανεξάρτητα μέσα στο σπίτι;
- Πόσο ασφαλής αισθάνεστε στην περιοχή που ζείτε;

6.2.3 Αναπτυξιακή αξιολόγηση

Κάθε οικογένεια έχει το δικό της αναπτυξιακό/εξελικτικό μονοπάτι το οποίο επηρεάζεται από το παρελθόν, το παρόν και τις μελλοντικές της φιλοδοξίες. Το αναπτυξιακό στάδιο οικογένειας διαφέρει από το αναπτυξιακό στάδιο ενός παιδιού ή ενός ηλικιωμένου.

Η *οικογενειακή ανάπτυξη (family development)* είναι το μοναδικό μονοπάτι που διαγράφει η οικογένεια επηρεαζόμενη από προβλεπόμενους και μη παράγοντες (ασθένεια, φυσική καταστροφή) και τις κοινωνικές τάσεις (internet, social media, ανεργία, οικονομική ύφεση κ.ά.).

Ο *κύκλος ζωής της οικογένειας (family life cycle)* είναι το τυπικό μονοπάτι που βαδίζει η οικογένεια (γέννηση παιδιών, ανατροφή, αναχώρηση παιδιών από το σπίτι, συνταξιοδότηση, θάνατος).

Η έννοια της *σύνδεσης/επαφής (attachment)* αναφέρεται στον μοναδικό συναισθηματικό δεσμό μεταξύ δύο ατόμων.

Η αναπτυξιακή αξιολόγηση περιλαμβάνει την αξιολόγηση του σταδίου, τις αλλαγές που συμβαίνουν σε αυτό το στάδιο και τη σύνδεση/επαφή μεταξύ των μελών.

Ο κύκλος ζωής της οικογένειας περιλαμβάνει τα ακόλουθα αναπτυξιακά στάδια της οικογένειας:

- I. Ο/Η νεαρός/-ή ενήλικας φεύγει από την πατρική εστία.
- II. Ξεκίνημα οικογένειας, γάμος, ένωση οικογενειών.
- III. Οικογένειες με μικρά παιδιά.
- IV. Οικογένειες με εφήβους.
- V. Οικογένεια μέσης ηλικίας με έναρξη της ενήλικης ζωής των παιδιών.
- VI. Οικογένεια στο τέλος της μέσης ηλικίας.
- VII. Οικογένεια κοντά στο τέλος της ζωής.

Έναρξη, ο/η νεαρός/-ή ενήλικας φεύγει από την πατρική εστία

Αποδοχή της συναισθηματικής και οικονομικής ευθύνης που έχει το άτομο για τον εαυτό του. Εξελικτικά καθήκοντα και ενδεικτικές αλλαγές σε αυτό το στάδιο περιλαμβάνουν:

- διαφοροποίηση εαυτού σε σχέση με την οικογένεια,
- ανάπτυξη στενών σχέσεων με άλλους εκτός οικογένειας,
- ανεξαρτησία οικονομική και επαγγελματική,
- προσδιορισμός εαυτού στην κοινότητα και την κοινωνία.

Διασυνδέσεις/Επαφές: στενές σχέσεις με κάποιο μέλος της οικογένειας.

Ενδεικτικές ερωτήσεις αξιολόγησης:

- *Ποιος από τους γονείς αποδέχεται καλύτερα τα επαγγελματικά σου σχέδια; Πώς σου το δείχνει;*
- *Τι σκέφτεται ο αδερφός σου για την αντίδραση των γονέων στα σχέδιά σου;*

Γάμος, ένωση οικογενειών

Χαρακτηρίζεται από δέσμευση στο νέο σύστημα. Εξελικτικά καθήκοντα και ενδεικτικές αλλαγές σε αυτό το στάδιο:

- ταυτότητα του νέου ζευγαριού,
- επαναδιοργάνωση των σχέσεων με τις διευρυμένες οικογένειες του νέου ζευγαριού,
- αποφάσεις για μητρότητα και πατρότητα.

Διασυνδέσεις/Επαφές: στενές σχέσεις του νέου ζευγαριού ή των μελών του νέου ζευγαριού με άλλους.

Ενδεικτικές ερωτήσεις αξιολόγησης:

- *Πώς σκοπεύετε να συνδυάσετε στην καθημερινότητά σας τη δική σας κουλτούρα και αυτήν της συζύγου σας;*
- *Πώς έδειξαν οι συγγενείς σας ότι υποστηρίζουν τον γάμο σας; Ποια οικογένεια ήταν περισσότερο θετική στον γάμο;*

Οικογένειες με μικρά παιδιά

Αποδοχή νέων μελών στο σύστημα της οικογένειας. Παιδιά στη νηπιακή, προσχολική και σχολική ηλικία. Εξελικτικά καθήκοντα και ενδεικτικές αλλαγές σε αυτό το στάδιο:

- τροποποίηση του συστήματος για την ένταξη του/των παιδιού/-ών,
- ανατροφή των παιδιών, φροντίδα του σπιτιού, οικονομικά καθήκοντα,
- τροποποίηση των σχέσεων με τη διευρυμένη οικογένεια για να συμπεριλάβει παππούδες και γιαγιάδες.

Διασυνδέσεις/Επαφές: στενές σχέσεις με το/τα παιδί/-ά, ανάγκη προσωπικής επαφής ζευγαριού.

Ενδεικτικές ερωτήσεις αξιολόγησης:

- *Πόσο χρόνο διαθέτετε για τη φροντίδα του παιδιού;*
- *Πόσο χρόνο διαθέτετε για τον γάμο σας;*
- *Είστε ευχαριστημένοι με αυτήν την κατανομή χρόνου;*

Οικογένεια με εφήβους

Αύξηση της ευελιξίας και των ορίων της οικογένειας για ανάπτυξη ανεξαρτησίας. Εξελικτικά καθήκοντα και ενδεικτικές αλλαγές σε αυτό το στάδιο:

- τροποποίηση σχέσης γονέα - παιδιού για τη δυνατότητα μετακίνησης του παιδιού έξω από το οικογενειακό σύστημα,
- επαναπροσδιορισμός θεμάτων γάμου και εργασίας,
- έναρξη της αλλαγής: φροντίδα παππούδων.

Διασυνδέσεις/Επαφές: τροποποίηση σχέσεων γονέων με παιδιά.

Ενδεικτικές ερωτήσεις αξιολόγησης:

- *Ποια είναι τα προνόμια των εφήβων;*
- *Πώς θα αντιδράσουν οι γονείς στο πρώτο ραντεβού της αδερφής;*
- *Πόση εμπιστοσύνη σου έχουν οι γονείς να πεις όχι στα ναρκωτικά;*

Οικογένεια μέσης ηλικίας με έναρξη της ενήλικης ζωής των παιδιών

Αποδοχή του μεγάλου αριθμού ανθρώπων μέσα στο οικογενειακό σύστημα. Εξελικτικά καθήκοντα και ενδεικτικές αλλαγές σε αυτό το στάδιο:

- επαναπροσδιορισμός του οικογενειακού συστήματος ως δυάδα (ζευγάρι),
- δημιουργία σχέσεων ενήλικα προς ενήλικα με τα παιδιά,
- τροποποίηση σχέσεων για να συμπεριλάβουν νέφες και γαμπρούς,
- αντιμετώπιση με θανάτους παππούδων και πιθανές ανικανότητες (π.χ. σωματική, νοητική κ.ά).

Διασυνδέσεις/Επαφές: εξωτερικά ενδιαφέροντα και ρόλοι.

Ενδεικτικές ερωτήσεις αξιολόγησης:

- *Πώς σε βοηθούν οι γονείς να ανεξαρτητοποιηθείς και να ζήσεις μόνος σου;*
- *Πώς έφυγες εσύ από το σπίτι και πώς ο γιος σου;*
- *Τι θα ήθελες να κάνουν διαφορετικό τα παιδιά σου από ό,τι εσύ σε αυτό το στάδιο;*

Οικογένεια στο τέλος της μέσης ηλικίας και Οικογένεια κοντά στο τέλος της ζωής

Αποδοχή της αλλαγής στους ρόλους. Εξελικτικά καθήκοντα και ενδεικτικές αλλαγές σε αυτό το στάδιο:

- διατήρηση της λειτουργικότητας του ζευγαριού, νέοι οικογενειακοί και κοινωνικοί ρόλοι,
- αποδοχή νέας γνώσης και εμπειρίας που απορρέει από την ηλικία,
- προετοιμασία για απώλεια συζύγου, συγγενών και προετοιμασία για το τέλος της ζωής.

Διασυνδέσεις/Επαφές: αλληλεξάρτηση με νέα γενιά.

Ενδεικτικές ερωτήσεις αξιολόγησης:

- *Όταν σκέφτεσαι τη ζωή σου, τι σε διασκεδάζει περισσότερο;*
- *Τι σου προσφέρει μεγαλύτερη ευχαρίστηση;*
- *Τι ελπίζεις τα παιδιά σου να κάνουν διαφορετικά και τι ίδιο με εσένα;*

6.2.4 Λειτουργική αξιολόγηση

Η λειτουργική αξιολόγηση αφορά τον τρόπο που τα άτομα συμπεριφέρονται πραγματικά το ένα σε σχέση με το άλλο και συμμετέχουν ενεργά στη ζωή της οικογένειας. Περιλαμβάνει την αξιολόγηση της λειτουργικότητας δομής και την αξιολόγηση της λειτουργικότητας στην έκφραση.

6.2.4.1 Αξιολόγηση της λειτουργικότητας της δομής

Αναφέρεται σε δραστηριότητες ρουτίνας της καθημερινής ζωής και στον τρόπο με τον οποίο επηρεάζεται η ζωή των άλλων μελών σε περίπτωση αδυναμίας εκτέλεσής τους. Περιλαμβάνει τις δύο κατηγορίες:

1. δραστηριότητες της καθημερινής ζωής (Activities of daily living): μπάνιο, τουαλέτα, ντύσιμο, σίτιση, πλύσιμο δοντιών, μετακίνηση,
2. σύνθετες δραστηριότητες της καθημερινής ζωής (Instrumental activities of daily living): πληρωμή λογαριασμών, προγραμματισμός ημέρας, διαχείριση χρημάτων, προετοιμασία γευμάτων, αγορά απαραίτητων για το γεύμα, ψώνια, τηλεφωνική κλήση και επικοινωνία με τα μέλη της οικογένειας – στενής και ευρύτερης– και με άτομα εκτός οικογένειας, π.χ. φίλους, φροντίδα κατοικίδιων, καθαριότητα σπιτιού, διαχείριση φαρμάκων, χρήση μέσων μαζικής μεταφοράς.

Παράδειγμα:

- *Φροντίδα ενός παραπληγικού ατόμου στο σπίτι σημαίνει την τροποποίηση της καθημερινότητας των άλλων μελών, ώστε να μην μένει μόνο του, να διενεργείται η καθημερινή φροντίδα και να καλύπτονται οι ανάγκες για τις δραστηριότητες της καθημερινής ζωής.*

6.2.4.2 Αξιολόγηση της λειτουργικότητας στην έκφραση

Η λειτουργικότητα έκφρασης περιλαμβάνει τις ακόλουθες κατηγορίες για την αξιολόγηση της οικογένειας:

1. Συναισθηματική επικοινωνία

Αφορά το εύρος και το είδος των συναισθημάτων που εκφράζονται μέσα στην οικογένεια ή παρατηρεί ο νοσηλευτής.

Ερωτήσεις:

- *Ποιος από την οικογένεια ξεκινά τη συζήτηση ή αναφέρεται σε συναισθήματα;*

- Πότε μπορείς να πεις ότι ο μπαμπάς ή η μαμά είναι χαρούμενος/-η, θυμωμένος/-η; λυπημένος/-η;
- Τι κάνει η μαμά όταν ο μπαμπάς θυμώνει;
- Όταν ο αδερφός σου σκοτώθηκε σε τροχαίο, τι βοήθησε περισσότερο τους γονείς σου στον θρήνο τους;
- Πώς θα αντιδράσουν οι γονείς σου εάν η γιαγιά αναφέρει ότι είναι λυπημένη για τη χημειοθεραπεία που θα κάνει σύντομα;

2. Λεκτική επικοινωνία

Αφορά το νόημα των λεκτικών και έγγραφων μηνυμάτων μεταξύ των εμπλεκόμενων στην επικοινωνία. Παράδειγμα: τα παιδιά που κλαίει όταν κάνουν ένεση είναι μωρά!

Ερωτήσεις:

- Ποιος από τα μέλη της οικογένειας είναι περισσότερο ξεκάθαρος στην επικοινωνία;
- Εάν τα παιδιά που είναι στην εφηβεία σάς μιλήσουν ξεκάθαρα για ασφαλές σεξ, ποια θα είναι η αντίδραση του πατέρα;
- Ποιους τρόπους άμεσης επικοινωνίας έχεις με τους φίλους σου;

3. Μη λεκτική επικοινωνία

Αφορά το νόημα των μη λεκτικών μηνυμάτων μεταξύ των εμπλεκόμενων στην επικοινωνία. Μη λεκτική επικοινωνία αφορά μηνύματα που στέλνονται και λαμβάνονται με τη στάση του σώματος, την οπτική επαφή, τις κινήσεις και εκφράσεις του προσώπου, τις χειρονομίες, τον τόνο της φωνής, το κλάμα, τις κραυγές, το ψέλλισμα.

Ερωτήσεις:

- Ποιος στο σπίτι δείχνει περισσότερο αγχωμένος όταν ο θετός πατέρας σου πίνει;
- Τι κάνει η μητέρα σου όταν ο θετός πατέρας σου πίνει;
- Τι επίδραση έχει σε εσένα όταν η αδερφή σου γυρίζει το κεφάλι της αλλού όταν μιλάει ο πατριός σας;

4. Κυκλική ή έμμεση επικοινωνία

Αφορά την ανταποδοτική επικοινωνία μεταξύ δύο ατόμων, όπου η συμπεριφορά του ενός επηρεάζει τη συμπεριφορά του άλλου. Για παράδειγμα, το ένα μέλος (μέλος Α) του ζευγαριού θυμώνει και ασκεί κριτική στο άλλο (μέλος Β). Τότε το μέλος Β θυμώνει και αποφεύγει το μέλος Α. Αποτέλεσμα είναι ότι όσο περισσότερο το μέλος Β αποφεύγει το Α τόσο περισσότερο το Α μέλος συνεχίζει να κριτικάρει το Β.

Ο νοσηλευτής μπορεί να συνοψίσει: «Επομένως, αυτό που θέλεις να πεις είναι ότι, χωρίς να έχει σημασία ποιος άρχισε, κάποιες φορές αισθάνεσαι ότι ο/η σύζυγός σου σε αγνοεί και τον/την κριτικάρεις. Τότε ο/η σύζυγός σου αισθάνεται ενοχλημένος/-η, αδιαφορεί και κατσουφιάζει, πηγαίνει στο άλλο δωμάτιο και άλλες φορές αποφεύγει πράγματα και εσύ αρχίζεις την κριτική! Και τότε εσύ θυμώνεις ακόμη περισσότερο και λες ότι επαναλαμβάνεται ένας φαύλος κύκλος...».

5. Επίλυση προβλημάτων

Αφορά την ικανότητα αποτελεσματικής επίλυσης των προβλημάτων της οικογένειας. Επηρεάζεται από την άποψη της οικογένειας για την ικανότητά της και τις προηγούμενες επιτυχίες στην επίλυση των προβλημάτων.

Ερωτήσεις:

- Ποιος αναγνώρισε πρώτος το πρόβλημα;
- Τι σε βοηθάει να κάνεις το πρώτο βήμα για να αντιμετωπίσεις τα επεισόδια βίας;
- Ποιο είναι το αποτέλεσμα όταν η κόρη σου προσπαθεί να σταματήσει τη βία;
- Πώς αλλάζει η σχέση μεταξύ του γιου σου και του πατέρα του μετά από ένα επεισόδιο βίας;

6. Ρόλοι

Αφορούν παγιωμένα πρότυπα συμπεριφοράς των μελών. Οι ρόλοι δεν είναι στατικοί, αλλά εξελίσσονται (εξελίσσονται, μεταβιβάζονται, τελούν υπό διαπραγμάτευση), καθώς τα μέλη αλληλεπιδρούν μεταξύ τους. Είναι σημαντικό για τον νοσηλευτή της οικογένειας να διερευνήσει τον τρόπο που τα μέλη αντιμετωπίζουν τους ρόλους τους, την επίδραση που έχουν στη λειτουργικότητα της οικογένειας και εάν η οικογένεια θέλει να τους αλλάξει.

Τυπικοί ρόλοι: μητέρα, σύζυγος, φίλος.

Άτυποι ρόλοι: «κακό παιδί», «άγγελος», «κλόουν της τάξης», αναλυτικός, ειρηνοποιός, «το μαύρο πρόβατο» κ.λπ.

7. Επιρροή και εξουσία

Αφορά συμπεριφορές που χρησιμοποιούνται από ένα μέλος για να επηρεάσει τη συμπεριφορά κάποιου άλλου. Η εξουσία είναι η ικανότητα ενός ατόμου να ρυθμίζει τα κριτήρια με τα οποία κρίνεται διαφορετικά μια «πραγματικότητα» και διανέμονται οι πόροι.

Συχνά, υπάρχει επίδραση μέσω κινήτρων ή προνομίων (χρήματα, παιχνίδι, αγκαλιά, σωματική βία). Η παροχή πληροφοριών και η ερώτηση της γνώμης/άποψης του άλλου είναι σημαντικές προϋποθέσεις για αποτελεσματική συνεργασία.

Για παράδειγμα, *οι σύζυγοι ασθενών με σακχαρώδη διαβήτη χρησιμοποιούν την προειδοποίηση και την ενθάρρυνση για να βελτιώσουν τη συμμόρφωση στη διατροφή ή οι γονείς χρησιμοποιούν την προειδοποίηση στα μικρά παιδιά ότι θα πέσουν και θα χτυπήσουν.*

8. Απόψεις/πεποιθήσεις

Αφορούν βασικές αντιλήψεις, ιδέες, αξίες, θεωρήσεις, συλλογισμούς που έχουν τα μέλη και οι οικογένειες. Κάθε ενέργεια και κάθε επιλογή είναι αποτέλεσμα των απόψεων του ατόμου που πράττει ή επιλέγει. Οι απόψεις καθορίζουν τον τρόπο που η οικογένεια προσαρμόζεται στη χρόνια νόσο.

Παράδειγμα: α) η εγκυμοσύνη ενός 19χρόνου κοριτσιού σε διαφορετικά κοινωνικο-οικονομικά επίπεδα, β) απόψεις για την ασθένεια, τη διάγνωση, τη θεραπεία, την πρόγνωση, τον τόπο φροντίδας, την επίδραση του προβλήματος στην οικογένεια, την επίδραση της οικογένειας στο πρόβλημα, τα δυνατά σημεία της οικογένειας, ανησυχίες για το πρόβλημα υγείας.

Ερωτήσεις:

- *Πόσο έλεγχο έχει η μητέρα στον χρόνο πόνο;*
- *Πόσο έλεγχο έχει ο πόνος πάνω στη μητέρα;*
- *Ποιος θεωρεί ότι υπέφερε περισσότερο από τις αλλαγές στην οικογένεια εξαιτίας της νόσου;*

9. Συμμαχίες και συνασπισμοί

Σχετίζονται με την ισορροπία και την ένταση στις σχέσεις μεταξύ των μελών της οικογένειας ή μεταξύ της οικογένειας και του νοσηλευτή, όπως επίσης και με τα όρια που τίθενται. Περιλαμβάνουν τη δημιουργία дуάδων και τριάδων. Είναι σημαντικό για τον νοσηλευτή να διαπιστώσει τον βαθμό ευελιξίας της οικογένειας καθώς αντιμετωπίζει την ασθένεια, τον θάνατο, την άφιξη του νέου μέλους κ.ά.

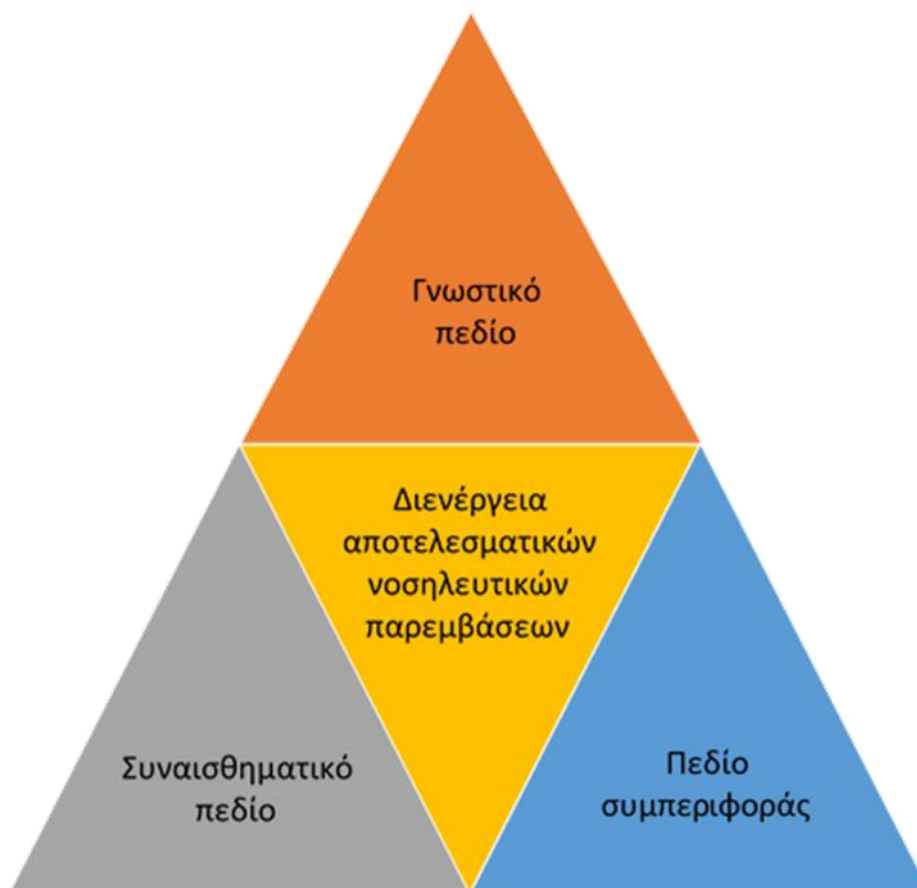
Ερωτήσεις:

- *Όταν τα δύο αδέρφια μαλώνουν, ποιος μπαίνει στη μέση;*
- *Όταν τα αδέρφια παίζουν, ποιος συνήθως τους αναστατώνει και ξεκινάει ο καβγάς; Ποιος σταματά τη διαμάχη;*
- *Η διάγνωση του μικρού με καρκίνο έφερε πιο κοντά τα μέλη ή τα απομάκρυνε;*

6.3 Το Μοντέλο Calgary για την Παρέμβαση στην Οικογένεια (Calgary Family Intervention Model – CFIM)

Το Μοντέλο Calgary για την παρέμβαση στην οικογένεια είναι ένα πλαίσιο οργάνωσης μεταξύ της λειτουργικότητας της οικογένειας σε συγκεκριμένους τομείς/πεδία και συγκεκριμένων νοσηλευτικών παρεμβάσεων. Εστιάζει στην προαγωγή, στη βελτίωση και στη διατήρηση της λειτουργικότητας της οικογένειας σε 3 πεδία, το γνωστικό, το συναισθηματικό και της συμπεριφοράς (Wright & Leahey, 2009).

Τα τρία συστατικά του μοντέλου είναι τα πεδία λειτουργικότητας της οικογένειας (γνωστικό, συναισθηματικό και συμπεριφοράς), οι νοσηλευτικές παρεμβάσεις και η αποτελεσματικότητα ή εναρμόνισή (fit ή effectiveness) τους με τις ανάγκες που υπάρχουν σε κάθε πεδίο (Σχήμα 6.2). Το μοντέλο συμβάλλει στον προσδιορισμό του πεδίου λειτουργικότητας της οικογένειας που χρειάζεται αλλαγή και της πλέον κατάλληλης παρέμβασης που θα επιφέρει την αλλαγή σε αυτό το πεδίο. Η εναρμόνιση ή αποτελεσματικότητα των νοσηλευτικών παρεμβάσεων περιλαμβάνει τη σχέση αμοιβαιότητας μεταξύ νοσηλευτή και οικογένειας, την αναγνώριση της μοναδικότητας της οικογένειας και αναφέρεται στην επιλογή της πλέον κατάλληλης παρέμβασης για αλλαγή σε συγκεκριμένο πεδίο λειτουργικότητας της οικογένειας.



Σχήμα 6.2 Τα πεδία λειτουργικότητας της οικογένειας (γνωστικό, συναισθηματικό και συμπεριφοράς).

Οι παρεμβάσεις των νοσηλευτών μπορεί να γίνουν σε ένα πεδίο λειτουργικότητας, αλλά επηρεάζουν όλα τα πεδία. Αναφέρεται ότι οι περισσότεροι σε βάθος αλλαγές αλλά και μεγαλύτερης διάρκειας είναι οι αλλαγές στις απόψεις, δηλαδή στο γνωστικό πεδίο.

Οι παρεμβάσεις σχετίζονται με την προαγωγή, τη διατήρηση και τη βελτίωση της λειτουργικότητας της οικογένειας. Για να επιτευχθούν, είναι απαραίτητο να υπάρχει σχέση αλληλεπίδρασης μεταξύ οικογένειας και νοσηλευτή. Αναφέρεται, μάλιστα, ότι η δεκτικότητα της οικογένειας στην αλλαγή είναι καλύτερη σε παρεμβάσεις σχέσεων αλληλεπίδρασης (πρόσκληση, ερώτηση, ενθάρρυνση, υποστήριξη) παρά σε παρεμβάσεις δασκάλου - μαθητή (διαταγές, κατεύθυνση, απαίτηση, νουθεσίες). Επίσης, η δεκτικότητα της οικογένειας εξαρτάται από παράγοντες όπως το γενετικό υπόβαθρο, το ιστορικό της οικογένειας, τις σχέσεις των μελών μεταξύ τους και με τον νοσηλευτή. Το εύρος των νοσηλευτικών παρεμβάσεων είναι εξαιρετικά μεγάλο. Ίδιες παρεμβάσεις μπορούν να εφαρμοστούν σε διαφορετικές οικογένειες για διαφορετικό πρόβλημα (Wright & Leahey, 2009).

6.3.1 Ερωτήσεις παρέμβασης

Η πιο απλή και συγχρόνως η περισσότερο ουσιαστική παρέμβαση των νοσηλευτών στις οικογένειες με προβλήματα υγείας είναι η σωστή διατύπωση των ερωτήσεων. Συγκεκριμένα, οι νοσηλευτές καλό θα είναι να χρησιμοποιούν ερωτήσεις παρέμβασης οι οποίες έχουν σκοπό να επιφέρουν την αλλαγή σε κάποιο ή όλα τα πεδία λειτουργικότητας της οικογένειας με ενεργητικό τρόπο. Πρόκειται για την προσέγγιση του προβλήματος από μια άλλη οπτική γωνία, κατά την οποία μειώνεται η φόρτιση και αναδεικνύονται πιθανές λύσεις.

Οι ερωτήσεις παρέμβασης (interventive questions) διακρίνονται σε ευθείες και πλάγιες/έμμεσες ερωτήσεις. Οι ευθείες ερωτήσεις αποσκοπούν στην παροχή πληροφοριών στον νοσηλευτή, ενώ οι πλάγιες ερωτήσεις είναι αυτές που συμβάλλουν και επιφέρουν την αλλαγή.

Οι ευθείες ερωτήσεις έχουν σκοπό τη διερεύνηση, την περιγραφή και τις απόψεις για το πρόβλημα και τη συλλογή πληροφοριών για να διορθώσουν τη συμπεριφορά. Εστιάζουν στη σχέση αιτίας - αποτελέσματος.

Παραδείγματα ευθείων ερωτήσεων σε μια οικογένεια με παιδί με ανορεξία:

- Πότε διαπιστώσατε ότι οι διατροφικές συνήθειες της κόρης σας άλλαξαν;
- Τι πιστεύετε ότι άλλαξε τις συνήθειες διατροφής της κόρης σας;

Οι πλάγιες ερωτήσεις έχουν σκοπό την ερμηνεία του προβλήματος, την κατανόηση του προβλήματος από την οικογένεια, τη λήψη πληροφοριών για τις σχέσεις των μελών, τα γεγονότα, τις απόψεις, τις πεποιθήσεις για να προάγουν και να διευκολύνουν την αλλαγή της συμπεριφοράς. Εστιάζουν στη σχέση και στη διασύνδεση μεταξύ ατόμων, γεγονότων, απόψεων. Παραδείγματα πλάγιων ερωτήσεων σε μια οικογένεια με παιδί με νευρογενή ανορεξία:

- Ποιος μέσα στην οικογένεια ανησυχούσε περισσότερο για το πρόβλημα;
- Πώς η μητέρα έδειχνε την ανησυχία της;

Παρακάτω θα ακολουθήσει σύντομη ανάλυση βασικών παρεμβάσεων για καθένα από τα τρία επίπεδα λειτουργικότητας της οικογένειας σύμφωνα με το Μοντέλο Calgary για την παρέμβαση στην Οικογένεια (Wright & Leahey, 2009).

6.3.2 Παρεμβάσεις στο γνωστικό πεδίο της λειτουργικότητας της οικογένειας

Οι παρεμβάσεις στο γνωστικό πεδίο λειτουργικότητας της οικογένειας συνήθως προσφέρουν νέες ιδέες, απόψεις, πληροφορίες και εκπαίδευση σε ένα συγκεκριμένο πρόβλημα υγείας ή κίνδυνο. Ο σκοπός ή η επιθυμητή έκβαση είναι η αλλαγή του τρόπου με τον οποίο η οικογένεια αντιλαμβάνεται το πρόβλημα υγείας, ώστε τα μέλη να προβούν στην ανακάλυψη νέων τρόπων για την επίλυσή του.

Παρέμβαση: Επισήμανση των δυνατών σημείων της οικογένειας και των μελών

- Επισήμανση δυνατών σημείων, δεξιοτήτων και δικτύων κοινωνικής υποστήριξης (π.χ. τα μέλη της οικογένειας είναι πολύ πιστά/δεμένα μεταξύ τους).
- Αποφυγή επισήμανσης δυσλειτουργιών, ελλειμμάτων και ελαττωμάτων.
- Διαφορά από τη φιλοφρόνηση (π.χ. είσαι πολύ ευγενικός σήμερα).
- Χρησιμοποίηση της γλώσσας της οικογένειας.
- Επισημάνσεις όταν δίνεται η ευκαιρία, διαφορετικά τα σχόλια θα φαίνονται ανεπιλεκτικά.
- Χρησιμοποίηση επισημάνσεων πάντα στο τέλος της συνάντησης.

Παρέμβαση: Παροχή πληροφοριών

- Συνήθως πληροφορίες σε θέματα αναπτυξιακά, προαγωγής υγείας και διαχείριση της ασθένειας.
- Πληροφορίες για τη χρόνια νόσο, την επίδραση της απειλητικής για τη ζωή ασθένειας στα μέλη της οικογένειας, ενδυνάμωση για αναζήτηση και χρήση πηγών υποστήριξης.
- Χρησιμοποίηση απλής γλώσσας.
- Πληροφόρηση για τις υποστηρικτικές πηγές, προσδιορισμός ποιες είναι, ποιοι μπορούν να τις χρησιμοποιήσουν και με ποιον τρόπο.
- Ενθάρρυνση των μελών για την αναζήτηση υποστήριξης.
- Διερεύνηση «τι/ποια παρέμβαση» ταιριάζει στην οικογένεια και αποφυγή επένδυσης στην έκβαση των παρεμβάσεων γιατί θα εκληφθεί ως άσκηση κριτικής.

6.3.3 Παρεμβάσεις στο συναισθηματικό πεδίο της λειτουργικότητας της οικογένειας

Οι παρεμβάσεις οι οποίες στοχεύουν στο συναισθηματικό πεδίο λειτουργικότητας της οικογένειας μειώνουν ή αυξάνουν την ένταση των συναισθημάτων που παρεμποδίζουν τη λειτουργία επίλυσης του προβλήματος από την οικογένεια.

Παρέμβαση: Εξακρίβωση, αναγνώριση και αποδοχή των συναισθηματικών αντιδράσεων/απαντήσεων

- Μειώνει τα αισθήματα απομόνωσης και μοναξιάς.
- Μειώνει τον ψυχικό πόνο.
- Βοηθά στη διασύνδεση του άρρωστου μέλους και της συναισθηματικής του αντίδρασης.
- Παράδειγμα: διερεύνηση αλλαγής σεξουαλικής δραστηριότητας μετά από έμφραγμα.

Παρέμβαση: Ενθάρρυνση της αφήγησης/αναφοράς του προβλήματος

- Όχι μόνο το ιατρικό ιστορικό, αλλά αφήγηση όλης της εμπειρίας της ασθένειας.
- Ιστορίες πόνου σωματικού και ψυχικού αλλά και δύναμης και κουράγιου.
- Η αφήγηση επικαιροποιεί την εμπειρία. Αναφέρεται ότι η αφήγηση της εμπειρίας της νοσηλείας μετά από έμφραγμα συμβάλλει στην έκφραση συναισθημάτων, ανακουφίζει το «υποφέρειν», θεραπεύει ψυχοσυναισθηματικά, δίνει την ευκαιρία στα άλλα μέλη να γνωρίσουν την εμπειρία.

Παρέμβαση: Σχεδιασμός της υποστήριξης της οικογένειας

- Ενθάρρυνση των μελών να ακούσουν την εμπειρία και τα συναισθήματα των άλλων.
- Βελτίωση ικανότητας χρησιμοποίησης δυνατών σημείων και υποστηρικτικών πηγών.
- Ο νοσηλευτής γίνεται καταλύτης για την επικοινωνία μεταξύ μελών της οικογένειας.

6.3.4 Παρεμβάσεις στο πεδίο συμπεριφοράς της λειτουργικότητας της οικογένειας

Οι παρεμβάσεις στο πεδίο συμπεριφοράς της οικογένειας βοηθούν τα μέλη να αλληλεπιδράσουν μεταξύ τους και να αντιδράσουν διαφορετικά.

Παρέμβαση: Ενθάρρυνση των μελών να λάβουν ρόλους φροντιστή και παροχή ανάλογης υποστήριξης

- Φόβος, δειλία εμπλοκής στη φροντίδα πιθανώς υποδηλώνει ότι το άτομο-φροντιστής αισθάνεται αβοήθητο, αγχωμένο και χωρίς έλεγχο της κατάστασης.
- Πολυδιάστατη υποστήριξη του φροντιστή: πληροφόρηση, συνηγορία, διευκολύνσεις.

Παρέμβαση: Ενθάρρυνση της ανάπαυλας/ξεκούρασης από τη φροντίδα (respite)

- Προϋποθέσεις για αξιολόγηση και ανάπαυλα:
 - σοβαρότητα χρόνιας νόσου,
 - οικονομική άνεση,
 - διαθεσιμότητα ατόμων για φροντίδα.
- Ισορροπία μεταξύ της φροντίδας του αρρώστου, της αντιμετώπισης της κατάστασης και της φροντίδας του εαυτού, π.χ. ολιγόωρη φροντίδα του παιδιού με λευχαιμία από παππούδες όταν υπάρχει δυσκολία φροντίδας από τους γονείς, και αγορά φθηνότερου αλλά κατάλληλου εξοπλισμού, έτσι ώστε τα χρήματα που θα εξοικονομηθούν να διατεθούν για ολιγοήμερες διακοπές.

Παρέμβαση: Σχεδιασμός τελετουργιών

- Οι τυπικές διαδικασίες (διαδικασίες ξυπνήματος το πρωί, κάθε Κυριακή γεύμα με παππούδες, συμμετοχή σε πολιτισμικά δρώμενα/παραδόσεις) σχετίζονται με την προσωρινή και ιδιαίτερα ψυχοευεργετική διακοπή από την καθημερινότητα.
- Αναδεικνύουν αγάπη, κατανόηση, συνέχεια, υπερηφάνεια, συνεκτικότητα των μελών.

Θυμηθείτε ότι:

- Το μοντέλο Calgary για την αξιολόγηση και παρέμβαση στην οικογένεια αποτελεί έναν ιδιαίτερα χρήσιμο οδηγό αξιολόγησης και παρέμβασης στην οικογένεια από τον νοσηλευτή.
- Το μοντέλο περιλαμβάνει 3 μεγάλες κατηγορίες και υποκατηγορίες αξιολόγησης της οικογένειας: την αξιολόγηση της δομής και της λειτουργίας της οικογένειας, και την αναπτυξιακή αξιολόγηση, με επιμέρους άξονες ο καθένας.
- Οι παρεμβάσεις σύμφωνα με το μοντέλο εστιάζονται στα τρία πεδία λειτουργικότητας της οικογένειας (γνωστικό, συναισθηματικό και συμπεριφοράς) και στοχεύουν στην προαγωγή, στη διατήρηση και στη βελτίωση της λειτουργικότητας της οικογένειας.
- Απαιτούνται δεξιότητες των νοσηλευτών για τη συλλογή των πληροφοριών σύμφωνα με το μοντέλο, κριτική σκέψη για την αξιοποίησή τους και συνεργασία νοσηλευτή και οικογένειας για τον προσδιορισμό των παρεμβάσεων.

Ξενόγλωσση Βιβλιογραφία

- Benzein, E., Olin, C., & Persson, C. (2015). 'You put it all together'—families' evaluation of participating in Family Health Conversations. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 29(1), 136-144.
- Cecilio, H. P. M., dos Santos, K. S., & Marcon, S. S. (2014). Calgary Model of Family Assessment: experience in a community service project. *Cogitare Enferm*, 19(3), 493-501.
- Chesla, C. (2010). Do family interventions improve health? *Journal of Family Nursing*, 16, 355-375.
- da Costa, T. F., de Souza Batista, P. S., Oliveira, A. M. D. M., de Lima, D. R. A., de Oliveira, T. C., & Batista, J. B. V. (2019). Calgary Model in The Nursing Framework: An Integrative Literature Review/Modelo Calgary no Âmbito da Enfermagem: Revisão Integrativa da Literatura. *Revista de Pesquisa Cuidado é Fundamental Online*, 11(5), 1404-1409.
- Duhamel, F., & Dupuis, F. (2003). Families in palliative care: exploring family and health-care professionals' beliefs. *International Journal of Palliative Nursing*, 9(3), 113-119.
- Duhamel, F., & Talbot, L.R (2004). A constructivist evaluation of family system nursing intervention with families experiencing cardiovascular ad carebrovascular illness. *Journal of Family Nursing*, 10(1), 12-32.
- Duman, Z. Ç., Sari, A., & Tuncer, G. Z. (2022). Calgary Family Intervention Model-Based Family Support and Psychoeducation Related Intervention Experiences of Family Members Caring for Patients with a Chronic Mental Illness: "We Are All in the Same Boat". *Issues in Mental Health Nursing*, 43(10), 929-935.
- Flexa Souza, T. C., Lavareda Costa, C. M., & Nunes Carvalho, J. (2017). Calgary family assessment model applied in riverside context. *Journal of Nursing UFPE/Revista de Enfermagem UFPE*, 11(12).
- Limacher, L. H., & Wright, L. M. (2006). Exploring the therapeutic family intervention of commendations: Insights from research. *Journal of Family Nursing*, 12(3), 307-331.
- Leahey, M., & Wright, L. M. (2016). Application of the Calgary Family Assessment and Intervention Models: reflections on the reciprocity between the personal and the professional. *Journal of Family Nursing*, 22(4), 450-459.
- Magalhães, A. H. R., Cavalcante, V. O. M., & Guimarães, R. X. (2018). Alcoholism and Family Relations: A Case Study with the Application of the Calgary Model. *International Journal of Development Research*, 8(07), 21693-21697.
- Marshall, A., Bell, J. M., & Moules, N. J. (2010). Beliefs, suffering, and healing: A clinical practice model for families experiencing mental illness. *Perspectives in Psychiatric Care*, 46(3), 197-208.
- Martins, B. F., & de Oliveira, M. L. F. (2019). Alcoholic beverage users: structural and functional aspects based on the Calgary Model. *Rev Rene*, (20), 13.
- Mileski, M., McClay, R., Heinemann, K., & Dray, G. (2022). Efficacy of the use of the Calgary family intervention model in bedside nursing education: a systematic review. *Journal of Multidisciplinary Healthcare*, 15, 1323.
- Moules, N. J., McCaffrey, G., Laing, C. M., Tapp, D. M., & Strother, D. (2012). Grandparents' experiences of childhood cancer, part 2: The need for support. *Journal of Pediatric Oncology Nursing*, 29(3), 133-140.
- Moules, N. J., & Johnstone, H. (2010). Commentations, conversations, and life changing realizations: teaching and practicing family nursing. *Journal of Family Nursing*, 16(2), 146-60.
- Moules, N. J., Thirsk, L. M., & Bell, J. M. (2006). A Christmas without memories: Beliefs about grief and mothering—A clinical case analysis. *Journal of Family Nursing*, 12(4), 426-441.
- Nasrullah, D., Anandhita, A. C., Sumarliyah, E., & Robbaniyah, J. (2020). *Calgary Family Intervention Model Approach in Choosing Healthy Snack as Preventive Behaviour of Food Born Disease on Children in*

- Surabaya. In 1st Borobudur International Symposium on Humanities, Economics and Social Sciences (BIS-HESS 2019). Atlantis Press (pp. 567-570).
- Östlund, U., & Persson, C. (2014). Examining family responses to family systems nursing interventions: an integrative review. *Journal of Family Nursing, 20*(3), 259-286.
- Robinson, C. A., & Wright, L. M. (1995). Family nursing interventions: What families say makes a difference. *Journal of Family Nursing, 1*(3), 327-345.
- Robinson, C.A. (1998). Women, families, chronic illness and nursing interventions: from burden to balance. *Journal of Family Nursing, 4*(3), 271-290.
- Svavarsdottir, E.K., Sigurdardottir, A.O., Konradsdottir, E., Stefansdottir, A., Sveinbjarnardottir, E.K., Ketilsdottir, A., ..., & Guðmundsdottir, H. (2015). The process of translating family nursing knowledge into clinical practice. *Journal of Nursing Scholarship, 47*(1), 5-15.
- Voltelen, B., Konradsen, H., & Østergaard, B. (2016). Family nursing therapeutic conversations in heart failure outpatient clinics in Denmark: Nurses' experiences. *Journal of Family Nursing, 22*(2), 172-198.
- Wright, L., & Leahey, M. (1994). Calgary family intervention model: one way to think about change. *J Marital Family Therapy, 20*(4), 381-395.
- Wright, L., & Leahey, M. (1999) Maximizing time, minimizing suffering: the 15-minute (or less) family interview. *Journal of Family Nursing, 5*, 259.
- Wright, L. & Leahey, M. (2013). *Nurses and families: a guide to family assessment and intervention*. Philadelphia, FA Davis Company.
- Zhang, Y. (2018). Family functioning in the context of an adult family member with illness: A concept analysis. *Journal of Clinical Nursing, 27*(15-16), 3205-3224.

Ελληνόγλωσση Βιβλιογραφία

- Καλοκαιρινού, Α. & Σουρτζή, Π. (2005). *Κοινωνική Νοσηλευτική*. Αθήνα, Εκδόσεις Βήτα.
- Καλοκαιρινού, Α. & Αθανασοπούλου, Μ. (2009). *Νοσηλευτική της Οικογένειας*. Αθήνα, Εκδόσεις Βήτα.
- Καλοκαιρινού, Α. & Αδαμακίδου, Θ. (2014). *Κατ' οίκον νοσηλευτική φροντίδα, έννοιες, δεξιότητες, εφαρμογές*. Αθήνα, Εκδόσεις Βήτα.
- Κούτα, Χ., Αθανασοπούλου, Μ., & Έλληνα, Π. (2013). Το μοντέλο αξιολόγησης Calgary στη σύγχρονη οικογένεια. *Cyprus Nursing Chronicles*, 14(3).

Χρήσιμο οπτικοακουστικό και έντυπο υλικό στο διαδίκτυο

[Family Nursing Education: Maureen Leahey - YouTube](#)

Κριτήρια Αξιολόγησης

Κριτήριο Αξιολόγησης 1

Αναφέρετε τα τρία πεδία λειτουργικότητας της οικογένειας σύμφωνα με το Μοντέλο Calgary για την παρέμβαση στην οικογένεια, καθώς και μια παρέμβαση η οποία θα μπορούσε να γίνει σε κάθε άξονα.

Απάντηση/Λύση

Η απάντηση βρίσκεται στη μελέτη της ενότητας «Το Μοντέλο Calgary Παρέμβασης στην Οικογένεια». Τα τρία πεδία λειτουργικότητας της οικογένειας είναι:

A) Γνωστικό πεδίο. Παρεμβάσεις: παροχή πληροφοριών, εκπαίδευσης, επαναπροσέγγιση, επισήμανση δυνατών σημείων της οικογένειας.

B) Πεδίο συμπεριφοράς. Παρεμβάσεις: ενθάρρυνση των άτυπων φροντιστών, ενθάρρυνση της φροντίδας ανάπαυλας, συμμετοχή σε οικογενειακές τελετουργίες.

Γ) Συναισθηματικό πεδίο. Παρεμβάσεις: αφήγηση της εμπειρίας της ασθένειας, αναγνώριση των συναισθηματικών αντιδράσεων, σχεδιασμός της υποστήριξης του ασθενούς και του φροντιστή.

Κριτήριο Αξιολόγησης 2

Αναφέρετε δύο μέσα τα οποία χρησιμοποιείτε ως νοσηλευτές όταν παρέχετε πληροφορίες και σας βοηθούν να επιτελέσετε αποτελεσματικά αυτόν τον ρόλο της ενημέρωσης και πληροφόρησης.

Απάντηση/Λύση

Ενδεικτικά μέσα: γλώσσα απλή και συγκεκριμένη, ευγένεια, οπτική επαφή, χορήγηση έντυπου υλικού εύκολου στην κατανόηση, χρόνος στον συνομιλητή για να εκφραστεί, παροχή πληροφοριών με μια προσπάθεια προβληματισμού και διερεύνησης, όπως π.χ. «*αναρωτιέμαι τι θα συνέβαινε εάν ο πατέρας γνώριζε την αλήθεια για τη διάγνωση*».

Τα μέσα που χρησιμοποιούνται κάθε φορά σχετίζονται με παράγοντες, όπως το αναπτυξιακό στάδιο του εκπαιδευομένου, την ετοιμότητα και τη δυνατότητα για μάθηση, τις μέχρι τώρα πηγές πληροφόρησής του, τον διαθέσιμο χρόνο, τα κίνητρα της μάθησης, το μαθησιακό περιβάλλον κ.ά.

Κριτήριο Αξιολόγησης 3 – Μελέτη Περίπτωσης

Δίνεται το σενάριο:

«*Περιγραφή της Οικογένειας: Ηλικιωμένη μητέρα, με μέτρια νοητική έκπτωση, διαμένει σε μονάδα φροντίδας ηλικιωμένων και παραπονιέται συχνά και ζητά περισσότερες επισκέψεις από την ενήλικη εργαζόμενη κόρη της. Η κόρη αποφεύγει να επισκέπτεται τη μητέρα της, εξαιτίας αυτών των παραπόνων που εκφράζει συνέχεια*».

Σύμφωνα με το Μοντέλο Calgary Παρέμβασης στην οικογένεια, αναφέρετε παρεμβάσεις που θα κάνετε σε γνωστικό/νοητικό και συναισθηματικό πεδίο και το πεδίο συμπεριφοράς, οι οποίες αφορούν τη μητέρα αλλά και την κόρη της.

Απάντηση/Λύση

Η γενικότερη νοσηλευτική παρέμβαση μπορεί να αφορά την ενθάρρυνση όλων των μελών να λάβουν ρόλους φροντιστή και παροχή ανάλογης υποστήριξης.

- Παρεμβάσεις σε γνωστικό/νοητικό πεδίο: ενημέρωση της κόρης για τη δυσκολία της μητέρας να θυμηθεί τις επισκέψεις (απώλεια πρόσφατης μνήμης), κάτι που είναι σύνηθες χαρακτηριστικό των ηλικιωμένων.

Μπορεί να γίνει από τον νοσηλευτή προσπάθεια υπενθύμισης της μητέρας για το γεμάτο πρόγραμμα εργασίας της κόρης της, το οποίο ενδεχομένως να μην επιτρέπει τις συχνές επισκέψεις. Ωστόσο, η νοητική της κατάσταση δεν μπορεί να εγγυηθεί την ενθύμηση αυτών των πληροφοριών από μέρος της μητέρας.

- Παρεμβάσεις σε συναισθηματικό πεδίο: ενημέρωση της κόρης για την επίδειξη κατανόησης στη μητέρα, διότι στον χώρο όπου διαμένει ενδεχομένως κάποιες φορές να νιώθει μοναξιά. Ενθάρρυνση και προτροπή της μητέρας να λέει στο παιδί της πώς αισθάνεται, ποια είναι τα συναισθήματά της, δηλαδή π.χ. «*κάποιες φορές νιώθω μόνη εδώ και είμαι πολύ χαρούμενη που με επισκέφτηκες σήμερα*», αντί να παραπονιέται για τις μειωμένες επισκέψεις.
- Παρεμβάσεις σε πεδίο συμπεριφοράς: προτροπή της κόρης να κρατά ημερολόγιο επισκέψεων και σημαντικών γεγονότων μαζί με τη μητέρα της.

Κριτήριο Αξιολόγησης 4 – Μελέτη Περίπτωσης

Η λειτουργικότητα της δομής αναφέρεται σε δραστηριότητες ρουτίνας της καθημερινής ζωής και τον τρόπο με τον οποίο επηρεάζεται η ζωή των άλλων μελών σε περίπτωση αδυναμίας εκτέλεσής τους.

Μπορείτε να σκεφτείτε αλλαγές στη λειτουργικότητα της δομής της οικογένειας που θα προκληθούν από τη μετακόμιση της αγαπημένης ηλικιωμένης μητέρας και γιαγιάς στο σπίτι της κόρης της, δηλαδή σε μια πυρηνική οικογένεια με 2 παιδιά, προσχολικής και σχολικής ηλικίας, και εργαζόμενους και τους δύο γονείς. Η ηλικιωμένη παρουσιάζει αδυναμία να διαχειριστεί η ίδια τη φαρμακευτική της αγωγή εξαιτίας της μέτριας νοητικής της έκπτωσης και περιορισμένη ικανότητα αυτοφροντίδας.

Απάντηση/Λύση

Η μετακόμιση της ηλικιωμένης μητέρας και γιαγιάς στο σπίτι για τη φροντίδα της από τους γονείς της οικογένειας θα προκαλέσει ένα είδος κρίσης στην οικογένεια, η οποία θα αναζητήσει νέες ισορροπίες στην καθημερινότητά της. Όσον αφορά την αδυναμία διαχείρισης φαρμάκων από την ηλικιωμένη γυναίκα, η οικογένεια θα πρέπει να τροποποιήσει την καθημερινότητα της σε πρακτικό επίπεδο για την εύρεση τρόπων για τη λήψη των φαρμάκων την προγραμματισμένη ώρα, όπως για παράδειγμα:

- Να τηλεφωνούν στην ηλικιωμένη γυναίκα την προγραμματισμένη ώρα για υπενθύμιση της λήψης, εφόσον είναι εφικτό από θέμα εργασίας των γονέων και κατάστασης της ηλικιωμένης μητέρας.
- Να προμηθευτούν κουτί φαρμάκων το οποίο κλειδώνει και μπορεί να ανοίξει την προγραμματισμένη ώρα για τη λήψη των συγκεκριμένων μόνο φαρμάκων, εφόσον είναι εφικτός ο χειρισμός του από την ηλικιωμένη μητέρα.
- Εάν δεν απαντά ή δεν γνωρίζει η ηλικιωμένη γυναίκα, λόγω της άνοιας, να απαντήσει στο τηλέφωνο, να βρεθεί μέριμνα ώστε κάποιος άλλο πρόσωπο, όπως π.χ. μια γειτόνισσα, να βοηθήσει στην κατάσταση αυτή, εφόσον αυτό είναι αποδεκτό οικονομικά και τα μέλη της οικογένειας συμφωνήσουν στην παρουσία του άλλου προσώπου κ.ά.
- Εφόσον είναι επιτρεπτό, τροποποίηση των ωρών χορήγησης της φαρμακευτικής αγωγής με το ωράριο που βρίσκονται οι γονείς ή κάποιος από τους δύο στο σπίτι κ.ά.

Η ανάληψη της φροντίδας του ηλικιωμένου γονέα στο σπίτι μιας οικογένειας δημιουργεί ένα είδος κρίσης/αναστάτωσης για πολλά ζητήματα για τα οποία θα πρέπει να βρεθεί λύση, ώστε η οικογένεια να επανέλθει σε μια νέα ισορροπία. Ενδέχεται, επίσης, να προκύψουν διάφορα θέματα τα οποία απαιτούν τροποποιήσεις στην καθημερινότητα, όπως π.χ. η ασφάλεια των παιδιών από τη φαρμακευτική αγωγή του νέου μέλους, δύσκολη συμπεριφορά του νέου μέλους, όπως π.χ. επιθετικότητα, ανησυχία το βράδυ κ.ά., πρέπει να βρεθεί/δημιουργηθεί προσωπικός χώρος για τη διαμονή του νέου μέλους, ίσως να πρέπει τα μέλη της οικογένειας να επαναπροσδιορίσουν τις εργασίες που θα κάνει κάθε μέλος στο σπίτι κ.ά. Επιπρόσθετα, εκτός από το πρακτικό επίπεδο, εξαιρετικά σημαντικές είναι οι ψυχοσυναισθηματικές συνέπειες των όποιων προβλημάτων και αλλαγών θα επιφέρει η καινούρια κατάσταση στα μέλη της οικογένειας.

Σκοπός της νοσηλευτικής παρέμβασης είναι να μεταβάλλει τη θεώρηση και τις απόψεις της οικογένειας για το πρόβλημα. Οι νοσηλευτές βοηθούν τα μέλη να ανακαλύψουν εναλλακτικές συμπεριφορές, απόψεις και συναισθηματικές απαντήσεις στο πρόβλημα.

Κριτήριο Αξιολόγησης 5

Αναφέρετε μορφές μη λεκτικής επικοινωνίας, τις οποίες θα παρατηρήσετε κατά τη διάρκεια της συνάντησή σας με την οικογένεια και οι οποίες φαίνεται να επηρεάζουν την επικοινωνία των μελών.

Απάντηση/Λύση

Ενδεικτικές μορφές μη λεκτικής επικοινωνίας που μπορεί να επηρεάσουν την επικοινωνία των μελών της οικογένειας μεταξύ τους και μπορούν να αναγνωριστούν κατά τη διάρκεια μιας συνάντησης με τον νοσηλευτή είναι το άγγιγμα, η οπτική επαφή, οι εκφράσεις προσώπου, η στάση του σώματος, το βάδισμα, οι χειρονομίες, η γενική φυσική εμφάνιση, η ένδυση και ο καλλωπισμός, οι ήχοι, όπως π.χ. ξερόβηχας τη στιγμή που λέγεται ένα γεγονός κ.ά., η σιωπή.

Κεφάλαιο 7 Συνάντηση και συνέντευξη με την οικογένεια

Σύνοψη

Κάθε συνάντηση και συνέντευξη του νοσηλευτή με την οικογένεια είναι μια πραγματική πρόκληση. Στο κεφάλαιο αυτό δίνονται χρήσιμες πληροφορίες για την προετοιμασία του νοσηλευτή για τη συνάντηση και επικοινωνία με την οικογένεια, περιγράφονται τα στάδια της συνέντευξης, επισημαίνονται σημεία που χρήζουν προσοχής για τη βέλτιστη ανταπόκριση του νοσηλευτή στον ρόλο του, παρουσιάζονται είδη ερωτήσεων τα οποία προάγουν τη θεραπευτική επικοινωνία με την οικογένεια, καθώς επίσης γίνεται αναφορά σε συνήθεις αστοχίες που λαμβάνουν χώρα κατά τη διάρκεια μιας συνάντησης. Η επίγνωση από τον νοσηλευτή του σκοπού της συνάντησης σε συνδυασμό με την καλλιέργεια των δεξιοτήτων του μπορούν να έχουν θεραπευτική επίδραση και να προάγουν την αναδιοργάνωση της οικογένειας στο κρίσιμο σημείο του κύκλου της ζωής της.

Προαπαιτούμενη γνώση

Πολύ καλή γνώση των εννοιών και των θεμάτων των Κεφαλαίων 1 και 2 του συγγράμματος. Η γνώση βασικών δεξιοτήτων συμβουλευτικής και δεξιοτήτων επικοινωνίας, είναι προαπαιτούμενη για την κατανόηση των θεμάτων του κεφαλαίου.

Γλωσσάριο επιστημονικών όρων

Ερωτήσεις συνέντευξης	Συνάντηση και συνέντευξη με την οικογένεια
Μέλη της συνάντησης και συνέντευξης	Συνέντευξη της οικογένειας σε 15 λεπτά
Νοσηλευτής οικογένειας: ρόλοι	Φάση αξιολόγησης
Νοσηλευτής της οικογένειας: δεξιότητες	Φάση δέσμευσης
Παγίδες στην επικοινωνία	Φάση παρέμβασης
Περάτωση συνεργασίας	Φάση τερματισμού
Στάδια της συνέντευξης	Χώρος συνάντησης και συνέντευξης

Εισαγωγή

Η προσέγγιση της οικογένειας πρέπει να λαμβάνει υπόψη τα δυνατά της σημεία, την προσαρμοστικότητα της, να εστιάζει στο πρόβλημα και στην επίλυσή του και να είναι αποτελεσματική στον χρόνο. Στον ρόλο του νοσηλευτή έγκειται η βοήθεια της οικογένειας να ανακαλύψει τις δικές της λύσεις για τα σωματικά, συναισθηματικά και πνευματικά προβλήματα που την απασχολούν μέσα από συναισθηματική κατανόηση και δεξιοτεχνική συζήτηση.

Ο νοσηλευτής στο πλαίσιο της παροχής φροντίδας σε οποιονδήποτε κλινικό χώρο διενεργεί συνεντεύξεις. Συνέντευξη διενεργεί κατά την εισαγωγή του ατόμου σε μια μονάδα φροντίδας υγείας (κατ' οίκον νοσηλεία, τμήμα νοσοκομείου, ιατρείο επειγόντων περιστατικών ενός κέντρου υγείας κ.ά.), λαμβάνοντας τα αρχικά στοιχεία και τον λόγο της αναζήτησης φροντίδας υγείας από τη συγκεκριμένη υπηρεσία. Συνέντευξη διενεργείται για την αξιολόγηση της παρούσας κατάστασης του ατόμου και λαμβάνοντας ένα πλήρες νοσηλευτικό ιστορικό. Επιπρόσθετα, κλινική συνέντευξη διενεργείται όταν εφαρμόζει δεξιότητες και τεχνικές της θεραπευτικής επικοινωνίας κατά την επικοινωνία του με το άτομο. Σε αυτό το είδος συνέντευξης εστιάζει η παρούσα ενότητα. Να επισημανθεί ότι το άτομο μπορεί να έχει προβλήματα υγείας ή να είναι υγιές, να είναι ένα μέλος της οικογένειας ή ολόκληρη η οικογένεια.

7.1 Ρόλοι και δεξιότητες του νοσηλευτή για τη διενέργεια της συνάντησης και συνέντευξης

Τις τελευταίες δεκαετίες στη βιβλιογραφία για την οικογενειακή νοσηλευτική περιγράφονται πολλές δεξιότητες που οφείλει να έχει ένας νοσηλευτής. Το 2002 το International Council of Nurses για την Ημέρα του Νοσηλευτή, στις 12 Μαΐου, εξέδωσε το κείμενο με θέμα “Nurses always there for you: caring for families”, στο οποίο περιγράφονται οι εννέα ρόλοι του οικογενειακού νοσηλευτή, προσδίδοντας πολλαπλές δεξιότητες και διαφορετικούς ρόλους σε αυτόν.

Συγκεκριμένα, οι ρόλοι που αναλαμβάνει ένας νοσηλευτής της οικογένειας είναι:

1. Προαγωγή της υγείας: τυπική ή άτυπη διδασκαλία της οικογένειας για την υγεία και την ασθένεια, ενώ συγχρόνως αποτελεί το κύριο πρόσωπο που παρέχει πληροφόρηση πολυεπίπεδη και πολυδιάστατη, όπως π.χ. για την υγεία, τη νόσο, τη φροντίδα, τα δίκτυα υποστήριξης, τις δομές φροντίδας κ.ά.
2. Παροχή φροντίδας και καθοδήγηση: άμεση παροχή φροντίδας και καθοδήγηση στην αναζήτηση της φροντίδας.
3. Συνήγορος της οικογένειας: υποστήριξη της οικογένειας και ενημέρωση σε θέματα ασφάλειας και πρόσβασης σε άλλες υπηρεσίες.
4. Επιδημιολόγος και συμμετοχή στην αναγνώριση νέων περιπτώσεων: εντοπισμός των ασθενειών, επιτήρηση, επαγρύπνηση και έλεγχος.
5. Ερευνητής: αναγνώριση πρακτικών προβλημάτων και αναζήτηση επιστημονικά τεκμηριωμένων λύσεων.
6. Διαχειριστής και συντονιστής: διαχείριση, συντονισμός, διασύνδεση με οικογένεια, κοινωνικές υπηρεσίες και υπηρεσίες υγείας και άλλους, με σκοπό τη βελτίωση της πρόσβασης στη φροντίδα υγείας.
7. Σύμβουλος: θεραπευτική επικοινωνία για τον προσδιορισμό στόχων, την αντιμετώπιση των προβλημάτων και τη διερεύνηση πηγών υποστήριξης.
8. Ειδικός: καθοδήγηση για την ανεύρεση και διευκόλυνση στην πρόσβαση σε πηγές υποστήριξης.
9. Τροποποιητής/Διευκολυντής περιβάλλοντος: προάγει ένα ασφαλές περιβάλλον σπιτιού, το οποίο ενθαρρύνει τη συμμετοχή και την αυτοφροντίδα.

Οι νοσηλευτές της οικογένειας αναλαμβάνουν αυτούς τους ρόλους για να προσδιορίσουν τους παράγοντες κινδύνου για την υγεία, να προσδιορίσουν το πρόβλημα ή την ανάγκη, να καθορίσουν τον τρόπο εργασίας τους ατομικά και ομαδικά με την οικογένεια, άλλους επαγγελματίες και την κοινότητα.

Οι Wright και Leahey (2013), συγγραφείς του βιβλίου *Nurses and families. A guide to family assessment and intervention*, περιγράφουν με λεπτομέρεια τις συγκεκριμένες δεξιότητες στις οποίες χρειάζεται να έχει επάρκεια ο νοσηλευτής κατά τη διάρκεια της συνέντευξης με την οικογένεια. Συγκεκριμένα:

1. Δεξιότητες αντίληψης (perceptual skills), οι οποίες αφορούν την ικανότητα παρατήρησης της αλληλεπίδρασης των μελών που συμμετέχουν στη συνάντηση μεταξύ τους και με τον ίδιο τον νοσηλευτή.
2. Δεξιότητες κατανόησης (conceptual skills), οι οποίες αφορούν τη νοηματοδότηση όσων παρατηρήθηκαν.
3. Δεξιότητες εκτελεστικές (executive skills), οι οποίες αφορούν θεραπευτικές παρεμβάσεις που διεξάγονται κατά τη διαδικασία της συνέντευξης.

Οι προϋποθέσεις οι οποίες οφείλουν να διέπουν τη σχέση αλληλεπίδρασης μεταξύ νοσηλευτή και οικογένειας περιλαμβάνουν:

- Η σχέση νοσηλευτή - οικογένειας χαρακτηρίζεται από αμοιβαιότητα, σεβασμό και εμπιστοσύνη.
- Η σχέση μεταξύ νοσηλευτή και οικογένειας δεν είναι ιεραρχική.
- Νοσηλευτής και οικογένεια έχουν ειδικούς τρόπους και συγκεκριμένη εμπειρία για να διαχειρίζονται την υγεία και τα προβλήματα υγείας.
- Νοσηλευτής και οικογένεια έχουν ο καθένας τα δυνατά του σημεία και πηγές υποστήριξης στη μεταξύ τους σχέση.
- Η διαδικασία ανατροφοδότησης μπορεί να διενεργείται σε πολλά διαφορετικά επίπεδα της σχέσης αλληλεπίδρασης.

Ο νοσηλευτής, έχοντας πάντα υπόψη τις ανωτέρω προϋποθέσεις, επιδιώκει να προσδιορίσει και να διατυπώσει την υπόθεση, δηλαδή μια πιθανή εξήγηση η οποία λειτουργεί ως σημείο έναρξης για περαιτέρω διερεύνηση και σχετίζεται με τον σκοπό της συνέντευξης και της συνεργασίας με την οικογένεια. Αυτή η πιθανή

εξήγηση καθοδηγεί τη συνέντευξη, καθώς με βάση αυτήν προσδιορίζονται αντίστοιχα και οι ερωτήσεις που θα διατυπωθούν. Ένα παράδειγμα υπόθεσης για μια συγκεκριμένη οικογένεια είναι «ότι στη φάση της διάγνωσης της νόσου η ψυχοσωματική επιβάρυνση είναι ιδιαίτερα έντονη και τα συμπτώματα προσωρινά μπορεί να επιδεινώνονται». Με βάση αυτήν την υπόθεση ο νοσηλευτής διεξάγει τη συνέντευξη με τη οικογένεια με σκοπό να συζητήσει την επίδραση της διάγνωσης στην οικογένεια, την απάντηση της οικογένειας στη διάγνωση και τις προσδοκίες της οικογένειας από τον νοσηλευτή.

7.1.1 Χώρος διεξαγωγής της συνάντησης και συνέντευξης

Η συνέντευξη/συνάντηση μπορεί να διεξαχθεί σε χώρους όπως:

- Το σπίτι, όπως στην κουζίνα, στο σαλόνι, στην κρεβατοκάμαρα. Ο νοσηλευτής έχει την ευκαιρία να παρατηρήσει το περιβάλλον του σπιτιού, την ευκολία μετακίνησης μέσα σε αυτό, τα μέλη που κατοικούν στο σπίτι, τα σημαντικά πρόσωπα κ.ά. Ωστόσο, υπάρχουν παράγοντες που παρεμβαίνουν στη διαδικασία της συνέντευξης, όπως ένα τηλέφωνο ή ένα κουδούνι που χτυπά, το κόστος μετακίνησης του νοσηλευτή προς το σπίτι όπου θα εργαστεί κ.ά. Επίσης, ο νοσηλευτής απαιτείται να συμπεριφέρεται με ανάλογο σεβασμό που αρμόζει σε ένα καταφύγιο και έναν ιερό χώρο.
- Μια μονάδα φροντίδας, όπως π.χ. το νοσοκομείο, ένας ξενώνας κ.ά., στο κρεβάτι του ασθενούς, σε ένα γραφείο, σε ένα δωμάτιο συνέντευξης. Στην περίπτωση αυτήν, μπορεί να υπάρχουν πολλές διακοπές στη συνεργασία ή απουσία ιδιωτικότητας κατά τη συνέντευξη, όμως δίνεται η ευκαιρία για παρατήρηση της συμπεριφοράς της οικογένειας έξω από το σπίτι. Για παράδειγμα, ποιος φροντίζει το ανήσυχο μωρό, ποιος δίνει πληροφορίες, πώς αντιδρά η οικογένεια στο έντονο κλάμα του μωρού κ.ά.
- Η κοινότητα, σε χώρους όπως το σχολείο, ένα γραφείο, κάποια κλινική, μέσω Skype σε απομακρυσμένες περιοχές.

7.1.2 Τα μέλη που συμμετέχουν στη συνάντηση και στη συνέντευξη

Το «ποιοι» θα πρέπει να συμμετέχουν στη συνέντευξη/συνάντηση, το «πού» θα γίνει και «τι» θα συζητηθεί αποφασίζεται από κοινού μεταξύ νοσηλευτή και οικογένειας. Είναι θεραπευτικό να συγκεντρώνεται όλη η οικογένεια, σε ένα σημείο, μία φορά, και να συζητά ένα θέμα, και άρα συνιστάται στη συνέντευξη να είναι παρόντα όλα τα μέλη της οικογένειας. Κάθε μέλος είναι σημαντικό, έχει έναν ρόλο να παίξει στην κατανόηση, στην περιγραφή και στη συζήτηση για το πρόβλημα. Το θέμα της συζήτησης προτείνεται να είναι ένα κάθε φορά για την καλύτερη προσέγγισή του.

Για παράδειγμα, κατά την έναρξη της συνέντευξης της οικογένειας Χ, το 8χρονο κοριτσάκι τους πηγαίνει προς την πόρτα και την ανοίγει. Σε ερώτηση της νοσηλεύτριας γιατί ανοίγει την πόρτα, ο 8χρόνος αδερφός της απάντησε ότι «ξέρει τι κάνει, βγάζει τη γάτα έξω από το δωμάτιο». Η νοσηλεύτρια είχε την ευκαιρία να παρατηρήσει την αντίδραση της οικογένειας στη συμπεριφορά της ψύχωσης του κοριτσιού, τις γνώσεις των μελών για το πρόβλημα, ενώ συγχρόνως έλαβε τη συγκεκριμένη πληροφορία.

7.1.3 Η πρώτη επαφή με την οικογένεια για το ραντεβού για τη συνάντηση και τη συνέντευξη

Η πρώτη επαφή με τη οικογένεια για το ραντεβού της συνέντευξης μπορεί να περάσει σημαντικά μηνύματα από και προς την οικογένεια. Ως εκ τούτου, στην πρώτη επαφή με την οικογένεια για το ραντεβού της συνέντευξης είναι σημαντικό ο νοσηλευτής:

- να προσδιορίσει τον σκοπό και τα οφέλη από τη συνάντηση από την πλευρά της οικογένειας,
- να εξηγήσει γιατί η συνάντηση της οικογένειας είναι σημαντική,
- να προσδιορίσει ποια μέλη συμφωνούν με την ύπαρξη του προβλήματος και ποια μέλη επιθυμούν να συμμετέχουν στη συνάντηση,
- να προσδιορίσει σε συνεργασία με την οικογένεια τον τόπο και τον χρόνο της συνέντευξης,
- να ενημερωθεί από τη βιβλιογραφία για οικογένειες με παρόμοια προβλήματα για την καλύτερη κατανόηση των προβλημάτων, των ανησυχιών, της εμπειρίας του προβλήματος,
- να διατυπώσει την υπόθεση,

- να προετοιμάσει κατάλληλες ευθείες και πλάγιες ερωτήσεις, οι οποίες θα τον βοηθήσουν να αντλήσει πληροφορίες για τη δομή, την ανάπτυξη και τη λειτουργικότητα της οικογένειας.

7.1.4 Η συνέντευξη 15 λεπτών

Οι Wright και Leahey (1999) προτείνουν και παροτρύνουν για τη διεξαγωγή της συνέντευξης της οικογένειας σε 15 λεπτά. Αυτή η συνέντευξη μπορεί να είναι εξίσου αποτελεσματική με μια πλήρη συνέντευξη όταν ακολουθεί τους βασικούς κανόνες ο οποίος διέπουν τη θεραπευτική σχέση και χρησιμοποιούνται τα κατάλληλα εργαλεία. Συνοπτικά, τα συστατικά/εργαλεία της συνέντευξης των 15 λεπτών είναι οι τρόποι συμπεριφοράς, η θεραπευτική συζήτηση, το γενόγραμμα και ο οικοχάρτης της οικογένειας, οι θεραπευτικές ερωτήσεις και η επισήμανση των δυνατών σημείων της οικογένειας και των μελών. Ακολουθεί περαιτέρω ανάλυση των προαναφερθέντων.

- Οι *τρόποι συμπεριφοράς* (manners) αποτελούν τον πυρήνα της κοινής, καθημερινής κοινωνικής μας συμπεριφοράς και είναι απαραίτητοι για την οικοδόμηση της σχέσης εμπιστοσύνης μεταξύ νοσηλευτή και οικογένειας και των μελών αυτής. Μια πρώτη εκδήλωση ευγενικών τρόπων συμπεριφοράς είναι η πράξη των συστάσεων και, συγκεκριμένα, όπου ο νοσηλευτής συστήνεται στην οικογένεια και στα μέλη της.

«Οι τρόποι είναι αυτές οι απλές αλλά εκ βάθους πράξεις ευγένειας, σεβασμού και καλοσύνης. Δυστυχώς, η κουλτούρα μας στο σύνολό της φαίνεται να υφίσταται μια διάβρωση των τρόπων και κατά συνέπεια της ευγένειας. Αυτή η διάβρωση, δυστυχώς, έχει διαχυθεί και στο νοσηλευτικό επάγγελμα. [...] Πάντα να αποκαλείτε έναν ασθενή με το όνομά του, να πείτε στον ασθενή το όνομά σας, να ελέγχετε τη στάση σας, να εξηγήσετε τον ρόλο σας για αυτή τη βάρδια, να εξηγήσετε μια διαδικασία πριν μπειτε στο δωμάτιο με τον εξοπλισμό για να την κάνετε, εάν πείτε στον ασθενή ότι θα επιστρέψετε σε συγκεκριμένο χρόνο, κρατήστε το ραντεβού και να είστε ειλικρινείς με τον ασθενή».

(Wright & Leahey, 1999)

- Οι *θεραπευτικές συζητήσεις* (therapeutic conversations) αποτελούν μέρος της καθημερινότητας των νοσηλευτών ακόμη και εάν οι ίδιοι οι νοσηλευτές δεν το αντιλαμβάνονται ή δεν το επιδιώκουν. Περιλαμβάνει τις δεξιότητες συζήτησης και την ενεργητική ακρόαση, αλλά κυρίως τη δυνατότητα να βρεθεί όλη η οικογένεια μαζί.

«Κάθε συνομιλία στην οποία συμμετέχουμε προκαλεί αλλαγές στη δική μας (νοσηλευτές) και στη βιοψυχοκοινωνική-πνευματική υπόσταση των μελών της οικογένειας. Η συζήτηση σε μια σύντομη συνέντευξη με την οικογένεια είναι θεραπευτική από την αρχή, γιατί είναι σκόπιμη και χρονικά περιορισμένη, όπως και οι σχέσεις. [...] Ωστόσο, δεν είναι η διάρκεια της συνομιλίας ή ο χρόνος που κάνει τη μεγαλύτερη διαφορά. Μάλλον, είναι η ευκαιρία για τους ασθενείς και τα μέλη της οικογένειας να αναγνωριστούν και να επιβεβαιωθούν, αυτό έχει τεράστια θεραπευτική επίδραση».

(Wright & Leahey, 1999)

- Το *γενόγραμμα* πρέπει να αποτελεί προτεραιότητα του νοσηλευτή, αρχικά με τις βασικές πληροφορίες, όπως ηλικία, επάγγελμα, θρησκεία, κατάσταση υγείας, και ο *οικοχάρτης* της οικογένειας θα πρέπει επίσης να συμπληρώνεται όταν απαιτούνται πληροφορίες για το εξωτερικό περιβάλλον της οικογένειας. Και τα δύο αποτελούν αναπόσπαστο μέρος της καταγραφής και τεκμηρίωσης της φροντίδας.
- Οι *θεραπευτικές ερωτήσεις* αποτελούν ένα βασικό συστατικό μιας θεραπευτικής συζήτησης. Συστήνεται από τους ερευνητές οι νοσηλευτές να έχουν στο μυαλό τους τουλάχιστον τρεις βασικές ερωτήσεις για τη συνάντηση με τη συγκεκριμένη οικογένεια, ερωτήσεις που αφορούν προσδοκίες, όπως π.χ. από την κατ' οίκον επίσκεψη, προκλήσεις, προβλήματα που απασχολούν την οικογένεια.

- Η *επισημανση των δυνατών σημείων της οικογένειας και των μελών* τα οποία αφορούν επαναλαμβανόμενη συμπεριφορά της οικογένειας και όχι κάποιες μεμονωμένες συμπεριφορές, διότι στη δεύτερη περίπτωση θα μοιάζουν περισσότερο με φιλοφρόνηση.

«Επαιμώντας τους πόρους, τις ικανότητες και τα δυνατά σημεία των οικογενειών, οι νοσηλευτές προσφέρουν στα μέλη της οικογένειας μια νέα άποψη για τον εαυτό τους. Αλλάζοντας την άποψη που έχουν για τον εαυτό τους, οι οικογένειες είναι συχνά σε θέση να βλέπουν διαφορετικά το πρόβλημα υγείας και έτσι να κινούνται προς περισσότερο αποτελεσματικές λύσεις για τη μείωση του πιθανού ή πραγματικού “υποφέρειν”».

(Wright & Leahey, 2013)

7.2 Τα στάδια της συνέντευξης με την οικογένεια

Η συνέντευξη με την οικογένεια περιλαμβάνει τα ακόλουθα 4 στάδια (Wright & Leahey, 2013), τα οποία θα περιγραφούν εν συντομία παρακάτω:

1. δέσμευση/συμβολαίο,
2. αξιολόγηση,
3. παρέμβαση,
4. τερματισμός.

Αξίζει να επισημανθεί ότι η εκπαίδευση των νοσηλευτών στη επικοινωνία και τη συνέντευξη με την οικογένεια είναι απαραίτητη προϋπόθεση για την επιτυχία της διαδικασίας αυτής.

7.2.1 Η φάση της δέσμευσης/συμβολαίου

Στη φάση της δέσμευσης μια θεραπευτική σχέση αναπτύσσεται μεταξύ νοσηλευτή και οικογένειας με σκοπούς:

- την προαγωγή θετικής σχέσης μεταξύ νοσηλευτή και οικογένειας με τη δημιουργία κλίματος εμπιστοσύνης, σεβασμού και συνεργασίας·
- την αναγνώριση των δυνατών σημείων και των υποστηρικτικών δικτύων της οικογένειας, τα οποία μπορεί προηγουμένως να μην είχαν αναγνωριστεί και αξιοποιηθεί ανάλογα·
- την πρόληψη παρανοήσεων που μπορεί να επηρεάσουν αργότερα αρνητικά τη θεραπευτική σχέση.

Ο νοσηλευτής στην αρχή θεωρείται ένας άγνωστος, ένας ξένος προς τον οποίο δεν υπάρχει εμπιστοσύνη, που μπορεί να βοηθήσει ή και όχι, κάποιος που εξεταστικά περιεργάζεται τα μέλη της οικογένειας και την οικογένεια ως σύνολο χωρίς να λαμβάνει το μέρος κανενός. Τα μέλη δεν ξέρουν τι πρέπει να περιμένουν από αυτόν.

Για τους λόγους αυτούς, ο νοσηλευτής κρίνεται σκόπιμο:

- να επιδείξει κατανόηση, αληθινό ενδιαφέρον για φροντίδα, ικανότητα και δεξιότητες,
- να αποφύγει την άσκηση κριτικής,
- να επιδείξει αποδοχή όλων των μελών που ανήκουν στην οικογένεια και να επιδιώξει την ενεργητική εμπλοκή τους στη θεραπευτική σχέση,
- να προσδιορίσει τη δομή της συνάντησης, λέγοντας π.χ. *«Τα επόμενα λεπτά θα προσπαθήσω να κατανοήσω τις προσδοκίες σας από εμένα και τις ανησυχίες σας για τη νοσηλεία της μητέρας σας και θα μιλήσουμε για το πώς μπορώ να σας βοηθήσω. Πώς σας ακούγονται αυτά;»*.
- να συμπληρώσει το γενόγραμμα και τον οικοχάρτη της οικογένειας, καταγραφή η οποία θα συμβάλει στον προσδιορισμό της οικογένειας ενώ παράλληλα θα αποτελέσει έναν εύκολο τρόπο για την εμπλοκή της οικογένειας στη σχέση της με τον νοσηλευτή.
- να απευθύνει τις ίδιες ερωτήσεις: προσκαλεί όλα τα μέλη να συμμετέχουν στη συζήτηση και δίνεται ο ίδιος χρόνος σε όλους για την ενεργή συμμετοχή τους στη συζήτηση και επικοινωνία.
- να παρέχει τη δυνατότητα σε κάθε μέλος να αναφέρει την εμπειρία του για την ασθένεια ή την ανησυχία του σε σχέση με αυτή ή την ανησυχία του σε σχέση με ότι τον απασχολεί.

- να ροσδιορίσει από την αρχή τον χρόνο της συνάντησης, λέγοντας π.χ. «Έχουμε 20 λεπτά στη διάθεσή μας. Ποιο είναι το πιο σημαντικό πράγμα που θέλετε να συζητήσουμε;».
- να αφουγκραστεί την οικογένεια,
- να υιοθετήσει τη γλώσσα της οικογένειας, τις ιδέες της για το πρόβλημα, την κοσμοθεωρία της και να της παρέχει την ευκαιρία να οδηγήσει τη συζήτηση στο πρόβλημα.
- Νοσηλευτής και οικογένεια θεωρούνται ειδικοί: ο νοσηλευτής είναι ειδικός για την υγεία και την ασθένεια, τη διαχείριση της ασθένειας και τη μείωση της επιβάρυνσης από αυτήν. Η οικογένεια είναι ειδική/μοναδική στην εμπειρία της ασθένειας, όπως τη βιώνει αυτήν τη δεδομένη στιγμή.
- Ο νοσηλευτής θα διευκολύνει την αλλαγή στην οικογένεια, αλλά ο τελικός αποδέκτης της αλλαγής είναι η ίδια η οικογένεια/μέλη και αυτή έχει τον τελευταίο λόγο.

7.2.2 Η φάση της αξιολόγησης

Στο στάδιο αυτό της συνέντευξης προσδιορίζεται το πρόβλημα, η σχέση αλληλεπίδρασης μεταξύ της οικογένειας και του προβλήματος, διερευνώνται οι προσπάθειες της οικογένειας για την επίλυση του προβλήματος και οι στόχοι της σχετικά με αυτό.

7.2.2.1 Προσδιορισμός του προβλήματος: διερεύνηση και ορισμός

Η οικογένεια ερωτάται για τις ανησυχίες της, το πρόβλημα υγείας, την επιβάρυνσή της. Η εστίαση στη αλλαγή και την προσδοκία της έχει θεραπευτικό αποτέλεσμα: «Ποια είναι η κατάσταση που η οικογένεια θα ήθελε περισσότερο από όλα να δει να αλλάζει;».

Μερικές ενδεικτικές ερωτήσεις που μπορούν να χρησιμοποιηθούν σε αυτήν τη φάση της συνέντευξης για τον προσδιορισμό του προβλήματος είναι:

- Ποιος από την οικογένεια προσδιόρισε πρώτος το πρόβλημα; Και ύστερα ποιος;
- Πότε προσδιορίστηκε το πρόβλημα;
- Ποια ήταν τα γεγονότα που συνέβαιναν ή προκαλούσαν στρες όταν προσδιορίστηκε το πρόβλημα;

Ενδεικτικές ερωτήσεις για την εξέλιξη του προβλήματος είναι:

- Ποιες συμπεριφορές δημιουργούσαν πρόβλημα;
- Με ποιον τρόπο αναπτύχθηκε το πρόβλημα; Πόσο συχνό ήταν; Υπήρχαν μεσοδιαστήματα χωρίς το συγκεκριμένο πρόβλημα;
- Ποιοι παράγοντες που έχετε εντοπίσει επιδεινώνουν την κατάσταση;

Επίσης, ο νοσηλευτής οφείλει να έχει υπόψη του ότι κάθε μέλος της οικογένειας έχει τις δικές του ανησυχίες για το πρόβλημα, και άρα έχει διαφορετικές προσδοκίες από τη συνέντευξη και τη σχέση νοσηλευτή - οικογένειας/μέλους και ότι κάθε μέλος της οικογένειας έχει τη δική του εξήγηση για το πρόβλημα και την παρούσα κατάσταση. Όπως επίσης και ότι κάθε οικογένεια βιώνει τον πόνο και το «υποφέρειν» με μοναδικό τρόπο.

7.2.2.2 Σχέση αλληλεπίδρασης μεταξύ της οικογένειας και του προβλήματος

Σε αυτήν τη φάση της συνέντευξης θα πρέπει να διερευνηθούν από τον νοσηλευτή:

- η πορεία της ανάπτυξης του προβλήματος,
- η υπάρχουσα εκδήλωση του προβλήματος,
- οι τυπικές απαντήσεις των μελών στο πρόβλημα,
- άλλα προβλήματα που σχετίζονται, προκλήσεις και ενδιαφέροντα,
- πώς το πρόβλημα επηρεάζει τη λειτουργικότητα της οικογένειας,
- πώς θεωρούν τα μέλη ότι μπορούν να αντιμετωπίσουν την πρόκληση,
- πώς τα μέλη αντιλαμβάνονται ότι δεν διαχειρίζονται με επιτυχία το πρόβλημα,
- εάν η οικογένεια θεωρεί ότι έχει τον έλεγχο του προβλήματος,

- τις περιπτώσεις όπου το πρόβλημα δεν είναι εμφανές,
- ποια είναι η στάση των μελών απέναντι στην προσωπική τους συμβολή και στη συνεργασία τους για την αντιμετώπιση του προβλήματος.

Ενδεικτικές ερωτήσεις για τη διερεύνηση της σχέσης αλληλεπίδρασης μεταξύ οικογένειας και προβλήματος «ποιος έπαθε, τι;»:

- *Πότε το έπαθε; Τι συνέβη;*
- *Ποιος αντιλήφθηκε πρώτος ότι κάτι συμβαίνει;*
- *Ανησυχείς περισσότερο, λιγότερο ή το ίδιο για την υγεία της συζύγου σου μετά το επείγον χειρουργείο;*

7.2.2.3 Διερεύνηση της προσπάθειας της οικογένειας για την επίλυση του προβλήματος

Στο σημείο αυτό θα πρέπει να διερευνηθούν οι προσπάθειες που έγιναν από την οικογένεια για την επίλυση του προβλήματος, δηλαδή να προσδιοριστεί:

- *Ποιος στην οικογένεια προσπαθεί να επιλύσει το πρόβλημα; Μαζί με ποιόν;*
- *Ποια είναι τα αποτελέσματα της προσπάθειας;*
- *Ποια ήταν τα γεγονότα που οδήγησαν στην αναζήτηση επαγγελματικής βοήθειας;*

Ενδεικτικές ερωτήσεις οι οποίες μπορούν να διευκολύνουν αυτή τη διερεύνηση είναι:

- *Πώς προσπάθησες να λύσεις το πρόβλημα;*
- *Ποιο ήταν το αποτέλεσμα από την προσπάθεια που έγινε;*
- *Έχεις έρθει σε επαφή με κάποιους άλλους για να σε βοηθήσουν να επιλύσεις το πρόβλημα;*

7.2.2.4 Διερεύνηση των στόχων

Ο νοσηλευτής και η οικογένεια προσδιορίζουν ποιои είναι οι στόχοι ή η έκβαση που η οικογένεια περιμένει ως αποτέλεσμα της αλλαγής. Ο στόχος αφορά όλα όσα θα συμβούν όταν δεν υπάρχει το πρόβλημα, με πολύ συγκεκριμένη αναφορά. Παράδειγμα: «*Θα τρώω μικρά γεύματα, το βράδυ θα κάθομαι με το σύζυγο και τα παιδιά μου για φαγητό στο τραπέζι, η τηλεόραση και ο υπολογιστής θα είναι κλειστά και θα συζητάμε μεταξύ μας*».

Κρίνεται σκόπιμο να διερευνηθούν:

- Ποιες γενικές αλλαγές θεωρεί η οικογένεια ότι θα βελτιώσουν την κατάσταση;
- Ποιες είναι οι συγκεκριμένες αλλαγές;
- Ποιες είναι οι προσδοκίες ότι η βοήθεια από τους ειδικούς θα διευκολύνει την αλλαγή στο πρόβλημα;

7.2.3 Η φάση της παρέμβασης

Στη φάση της παρέμβασης παρέχεται το πλαίσιο μέσα στο οποίο θα γίνουν μικρές ή μεγάλες αλλαγές. Συστήνεται η χρήση κάποιου μοντέλου παρέμβασης, όπως για παράδειγμα το μοντέλο Calgary, για καλύτερα αποτελέσματα.

Οι παρεμβάσεις είναι ο πυρήνας της συνεργασίας με την οικογένεια. Πρέπει να είναι σύμφωνες με τα πιστεύω της οικογένειας, για αυτό απαιτείται συνεργασία για τον προσδιορισμό τους. Ο νοσηλευτής δημιουργεί το κατάλληλο περιβάλλον για την αλλαγή. Οι παρεμβάσεις διενεργούνται υπό το πλαίσιο της συνεργασίας και της συζήτησης. Εάν μια ιδέα παρέμβασης δεν ταιριάζει στην οικογένεια, τότε πρέπει να ελεγχθούν εναλλακτικές επιλογές παρέμβασης. Σε κάθε περίπτωση αξιοποιούνται τα δυνατά σημεία της οικογένειας.

Γίνεται προσπάθεια να προσδιοριστούν:

- Εάν υπάρχει συμφωνία για την αλλαγή με την επίλυση του προβλήματος.
- Σε ποιον τομέα της λειτουργικότητας της οικογένειας στοχεύει η παρέμβαση.
- Με ποιον τρόπο οι παρεμβάσεις ταιριάζουν με τον τρόπο ζωής της οικογένειας.
- Με ποιον τρόπο η παρέμβαση αξιοποιεί τα δυνατά σημεία και παλαιότερες αποτελεσματικές στρατηγικές.
- Με ποιον τρόπο η παρέμβαση είναι σύμφωνη με τα εθνικά και θρησκευτικά πιστεύω της οικογένειας.
- Κατά πόσο η παρέμβαση θεωρείται κάτι καινούριο για την οικογένεια.

Όλοι πρέπει να συνειδητοποιήσουν ότι δεν υπάρχει «μόνο μία σωστή παρέμβαση», αλλά υπάρχουν «χρήσιμες» και «αποτελεσματικές» παρεμβάσεις. Η οικογένεια πρέπει να πιστεύει στην αλλαγή που θα φέρει η παρέμβαση, αλλά και ο νοσηλευτής να έχει εμπιστοσύνη στην παρέμβαση και να πιστεύει στο όφελος της οικογένειας. Η όλη διαδικασία είναι μια διαδικασία αλληλεπίδρασης και κυκλική. Ο νοσηλευτής παρεμβαίνει, η οικογένεια ανταποκρίνεται με μοναδικό τρόπο, ο νοσηλευτής λαμβάνει την ανταπόκριση και η διαδικασία συνεχίζεται.

7.2.4 Η φάση του τερματισμού της συνέντευξης

Η φάση του τερματισμού της συνέντευξης/συνάντησης περιλαμβάνει μια σύνοψη όλων των ζητημάτων που συζητήθηκαν, περιγράφονται οι δυνατότητες αλλά και οι αδυναμίες, καθώς επίσης προσδιορίζεται και η επόμενη συνάντηση.

7.3 Ερωτήσεις συνέντευξης

Οι ερωτήσεις της συνέντευξης θεωρούνται ένα από τα πιο σημαντικά εργαλεία για την παρέμβαση στην οικογένεια γιατί παρέχουν πληροφορίες από και προς τον νοσηλευτή και την οικογένεια, αυξάνουν την επίγνωση του νοσηλευτή για την εμπειρία της οικογένειας, οι απαντήσεις βοηθούν στην εκτίμηση των στρατηγικών αντιμετώπισης, των δυνατών σημείων και των πηγών υποστήριξης.

Οι Wright και Leahey (2013) διακρίνουν τις ερωτήσεις σε δύο μεγάλες κατηγορίες:

- Τις ερωτήσεις αξιολόγησης ή ευθείες ερωτήσεις, οι οποίες έχουν σκοπό την παροχή πληροφοριών στον νοσηλευτή, όπως η παρακίνηση του μέλους να περιγράψει την εμπειρία του.
- Τις ερωτήσεις παρέμβασης ή πλάγιες ερωτήσεις, οι οποίες έχουν σκοπό τον αναστοχασμό, τον προβληματισμό και την αλλαγή. Αυτού του τύπου οι ερωτήσεις ενθαρρύνουν την οικογένεια να δει το πρόβλημα από μια νέα οπτική γωνία και άρα να δει τη λύση του.

Είναι υποχρέωση του νοσηλευτή να εξηγήσει στην πρώτη συνάντηση ότι θα ακολουθήσουν ποικίλες ερωτήσεις με σκοπό την καλύτερη κατανόηση, ότι μπορεί να γίνουν ερωτήσεις δύσκολες για την οικογένεια / το μέλος, οι οποίες όμως δεν έχουν σκοπό να εισβάλουν στην ιδιωτικότητα. Ο τόνος της φωνής του νοσηλευτή είναι πολύ σημαντικός, καθώς μπορεί να υποκρύπτει ειρωνεία, κριτική, ελπίδα.

Ακολουθούν μερικά παραδείγματα ερωτήσεων τα οποία έχουν διαφορετική επίδραση και σκοπό στη θεραπευτική συνάντηση νοσηλευτή - οικογένειας. Φυσικά υπάρχουν πολλές ερωτήσεις που μπορούν να γίνουν. Παρατίθενται μερικές από αυτές, ενδεικτικές, ανάλογα με τη φάση της συζήτησης/συνέντευξης και τους στόχους του νοσηλευτή (Wright & Leahey, 2013).

7.3.1 Ερωτήσεις για τη δέσμευση των μελών να εστιάσουν στη συνάντηση

Προτείνεται η τεχνική «μια ερώτηση». Στην τεχνική αυτή η οικογένεια ερωτάται «ποια (μία) ερώτηση θα θέλατε περισσότερο να σας απαντηθεί μέσα από αυτήν τη συνάντηση;» ή «ποιος είναι ο στόχος που θέλετε να επιτύχετε μέσα από τη συνάντηση σήμερα;».

Η τεχνική αυτή εστιάζει σε ένα συγκεκριμένο θέμα, προκαλεί την οικογένεια να ιεραρχήσει τα προβλήματά της και προσδιορίζει τον χρόνο. Στη συνέχεια, μπορεί να ακολουθεί μια παράφραση για την επιβεβαίωση ότι ο δέκτης έλαβε το σωστό μήνυμα.

7.3.2 Ερωτήσεις για την αξιολόγηση της επίδρασης του προβλήματος/ασθένειας στην οικογένεια

Οι ερωτήσεις για τη διερεύνηση της επίδρασης του προβλήματος ή της ασθένειας στην οικογένεια είναι σημαντικές για την κατανόηση του αποτελέσματος, της επίδρασης και των αλλαγών που προκλήθηκαν από την ασθένεια στη ζωή των μελών της οικογένειας και στις σχέσεις μεταξύ τους. Με αυτόν τον τρόπο δίνεται η ευκαιρία στην οικογένεια να αφηγηθεί την ιστορία της και συζητήσει την εμπειρία της. Οι ίδιες οι οικογένειες επιβεβαιώνουν τη συναισθηματική, γνωστική, πνευματική και θεραπευτική επίδραση της συζήτησης της

εμπειρίας τους, καθώς τους δίνεται η δυνατότητα να κατανοήσουν, να ακούσουν, να παραδεχτούν και να μιλήσουν για αυτήν.

Πιθανές ερωτήσεις που μπορούν να γίνουν προς την οικογένεια:

- *Τι αλλαγές έφερε στη ζωή σας η διάγνωση της ασθένειας;*
- *Ποια ήταν η επίδραση της ασθένειας στην οικογένεια; στις σεξουαλικές σας σχέσεις, στην εργασία σας, στην καθημερινότητά σας;*
- *Τι ήταν αυτό που σας βοήθησε περισσότερο ώστε να αντιμετωπίσετε το πρόβλημα; Πιστεύετε ότι τα παιδιά σας συνέβαλαν σε αυτό;*

7.3.3 Ερωτήσεις που λειτουργούν ως παρεμβάσεις και προάγουν την αλλαγή

Η διαδικασία των παρεμβάσεων είναι πολύ σημαντική στην οικογενειακή νοσηλευτική. Το είδος των παρεμβάσεων για μια συγκεκριμένη οικογένεια εξαρτάται από τη σχέση μεταξύ νοσηλευτή και οικογένειας και από την ικανότητα του νοσηλευτή να προκαλέσει συλλογισμούς και προβληματισμούς της οικογένειας για το πρόβλημα που αντιμετωπίζει.

Οι κατάλληλες ερωτήσεις παρέχουν νέες πληροφορίες και απαντήσεις για την οικογένεια, ενθαρρύνουν τα μέλη να δουν το πρόβλημα από μια άλλη οπτική, να αλλάξουν τη συμπεριφορά τους και να ανακαλύψουν νέες λύσεις.

Ενδεικτικές ερωτήσεις που μπορούν να γίνουν προς την οικογένεια:

- *Ποιος από εσάς αναστατώθηκε περισσότερο από τη διάγνωση;*
- *Τι σου προκαλεί ο πόνος σου;*
- *Σε 6 μήνες από σήμερα, πώς πιστεύεις ότι η οικογένεια θα αντιμετωπίζει το ζήτημα αυτό;*

7.3.4 Ερωτήσεις που λειτουργούν ως ανατροφοδότηση της συνάντησης με την οικογένεια

Με τις ερωτήσεις αυτές ενισχύεται η συνεργασία μεταξύ νοσηλευτή και οικογένειας, προσδιορίζεται ο βαθμός της ικανοποίησης από τη συζήτηση/συνάντηση.

Ενδεικτικές ερωτήσεις που μπορούν να γίνουν προς την οικογένεια:

- *Με ποιους τρόπους ήταν χρήσιμη για εσάς η σημερινή συνάντηση ή δεν ήταν χρήσιμη;*
- *Πόσο καλά θεωρείτε ότι αντιλήφθηκαν την κατάστασή σας από το 1 μέχρι το 10, όπου 1 «πολύ λίγο» και 10 «πάρα πολύ»;*
- *Υπάρχει κάτι που ελπίζατε για αυτή τη συνάντηση και δεν συνέβη;*

7.4 Συνήθειες παγίδες στην επικοινωνία και συνέντευξη με την οικογένεια

Οι νοσηλευτές μέσα από τους ρόλους τους επιθυμούν να βοηθήσουν την οικογένεια ώστε να ανακουφίσουν το «υποφέρειν», σωματικό και ψυχοσυναισθηματικό, των μελών της. Συχνά, όμως, στην προσπάθειά τους πέφτουν σε κάποιες «παγίδες», οι οποίες επηρεάζουν το αποτέλεσμα της προσπάθειάς τους. Οι Wright και Leahey (2013) επισημαίνουν τις ακόλουθες τρεις βασικές «παγίδες»/αστοχίες στη συνεργασία του νοσηλευτή/επαγγελματία υγείας με την οικογένεια.

1. Αποτυχία στη δημιουργία περιβάλλοντος αλλαγής, για την πρόληψη της οποίας συνιστάται από πλευράς νοσηλευτή η επίδειξη ενδιαφέροντος και σεβασμού σε κάθε μέλος της οικογένειας, η πρόσκληση κάθε μέλους να εκφράσει τον τρόπο με τον οποίο η ασθένεια / το πρόβλημα επηρέασε τη ζωή τους και τις μεταξύ τους σχέσεις και η αναγνώριση της εμπειρίας του.
2. Μεροληγία, λήψη πλευράς υποστήριξης, η οποία μεταφράζεται/εκλαμβάνεται από τα άλλα μέλη ως απουσία σεβασμού προς το πρόσωπό τους. Για την πρόληψή της ενδεικτικά συστήνεται κατανόηση ότι υπάρχουν πολλές θεωρήσεις του προβλήματος, διατύπωση ερωτήσεων που διερευνούν όλες τις πλευρές του προβλήματος, πρόσκληση σε όλα τα μέλη να περιγράψουν την εμπειρία τους και το νόημά της και αποφυγή προσωπικών επαφών του νοσηλευτή με ένα μέλος της οικογένειας και συζήτηση για άλλα μέλη όταν αυτά είναι απόντα.
3. Ρόλος ειδήμονα και πρόωρη παροχή πολλών συμβουλών. Ενδεικτικές ενέργειες που προτείνονται για την πρόληψη της παροχής μεγάλου εύρους συμβουλών και πληροφοριών σε ακατάλληλο χρόνο μπορεί να περιλαμβάνουν την αποφυγή προσφοράς λύσεων, αλλά αντίθετα διερεύνηση για τους

τρόπους με τους οποίους θα χειριζόταν η οικογένεια το συγκεκριμένο πρόβλημα τώρα ή έχει χειριστεί ανάλογες περιπτώσεις στο παρελθόν, και αναστοχασμός για τον τρόπο αντίδρασης και απάντησης της οικογένειας στη συμβουλευτική.

Θα ακολουθήσει σύντομη αναφορά σε καθεμία από αυτές και προτείνονται βήματα και ενέργειες για την πρόληψή τους.

7.5 Περάτωση της συνεργασίας νοσηλευτή - οικογένειας

Η φάση της περάτωσης/τερματισμού της συνεργασίας είναι το ίδιο σημαντική με τη φάση έναρξης της συνεργασίας. Το στάδιο αυτό είναι το τέλος της θεραπευτικής σχέσης νοσηλευτή - οικογένειας. Η οικογένεια χρειάζεται να ενθαρρυνθεί για τη διατήρηση των αλλαγών και την ικανότητά της να επιλύσει προβλήματα στο μέλλον. Οι δεσμοί της οικογένειας με τον νοσηλευτή είναι ισχυροί και οι σχέσεις στενές. Στη διαδικασία του τερματισμού της συνεργασίας διενεργείται ανασκόπηση του συμβολαίου συνεργασίας, μειώνεται σταδιακά η συχνότητα των επισκέψεων/επαφών, δίνεται έμφαση στην αλλαγή. Η συνεργασία μπορεί να τελειώσει, διότι ο νοσηλευτής το κρίνει σκόπιμο, διότι το επιθυμεί η οικογένεια ή διότι πρέπει η οικογένεια να παραπεμφθεί σε άλλον επαγγελματία.

7.6 Συνέντευξη κινητοποίησης

Η συνέντευξη κινητοποίησης ή κινητοποιητική συνέντευξη (motivational interview) είναι ένα χρήσιμο εργαλείο στα χέρια των επαγγελματιών υγείας που ασχολούνται με την υγεία της οικογένειας. Έχει σκοπό να βοηθήσει το άτομο / την οικογένεια στην αλλαγή της συμπεριφοράς, αλλά όχι να το κατευθύνει, μέσα από τη βελτίωση της επίγνωσης για ένα θέμα και την υποστήριξη σε θετικές αλλαγές της συμπεριφοράς. Επιτυγχάνεται με την εφαρμογή των δεξιοτήτων επικοινωνίας της ερώτησης (διατύπωση της επιθυμητής αλλαγής), της ενεργητικής ακρόασης (διερευνώνται ανησυχίες, φόβοι, αμφιβολίες, κ.ά.) και της πληροφόρησης (για τις εναλλακτικές επιλογές). Στο τέλος της συνέντευξης το άτομο / η οικογένεια διατυπώνει, με τη βοήθεια του συμβούλου, συγκεκριμένους στόχους αλλαγής συμπεριφοράς και τους τρόπους εκτίμησης της επίτευξής τους (Miller & Rollnick, 2013).

Θυμηθείτε ότι:

- Οι γνώσεις και οι δεξιότητες επικοινωνίας και συνέντευξης θεωρούνται απαραίτητες προϋποθέσεις για την ανάπτυξη θεραπευτικού κλίματος και την επίτευξη των πολλαπλών ρόλων που καλείται να διεκπεραιώσει ο νοσηλευτής της οικογένειας κατά τη συνάντησή του με την οικογένεια.
- Με συγκεκριμένους σκοπούς σε κάθε φάση της συνέντευξης και με την εφαρμογή κατάλληλων δεξιοτήτων η συζήτηση θα έχει πραγματικά αποτελέσματα στη σχέση των μελών και στην αντιμετώπιση του προβλήματος που η οικογένεια αντιμετωπίζει.
- Συγχρόνως, η κατάλληλη εκπαίδευση και η προσεκτική εφαρμογή των δεξιοτήτων μπορούν να αποτελέσουν εργαλεία για την πρόληψη και αποφυγή των παγίδων στη συνεργασία νοσηλευτή και οικογένειας.

Ξενόγλωσση Βιβλιογραφία

- Bell, J. (2011). Relationships: the heart of the matter in family nursing. *Journal of Family Nursing*, 17(1), 3-10.
- Bell, J. M. (2016). The central importance of therapeutic conversations in family nursing: Can talking be healing?. *Journal of Family Nursing*, 22(4), 439-449.
- Brown, J. (1997). Circular questioning: an introductory guide. *ANZJ Fam Ther*, 18(2), 109-114.
- Cotton, B., Schnall, E., & Stuart, M., (2015). The 15-Minute Hour: Practical Psychotherapy for Primary Care. In L. M. Dunphy, J. E. Winland-Brown, B. O. Porter, D. J. Thomas. *Primary care: the art and science of advanced practice nursing*. 4th edition. Philadelphia, F. A. Davis Company.
- Denham, S., Eggenberger, S., Krumwiede, N., & Young, P. (2016). *Family focused nursing care*. Philadelphia, F. A. Davis Company.
- Healing, S., & Bavelas, J.B. (2011). Can questions lead to change? An analogue experiment. *Journal of Systematic therapies*, 30(4), 30-48.
- Holtslander, L. (2005). Clinical application of the 15-minute family interview: Addressing the needs of postpartum families. *Journal of Family Nursing*, 11(1), 5-18.
- International Council of Nurses (ICN). (2002). *Nurses always there for you: Caring for families*. Geneva, ICN.
- Loos, F., & Bell, J. M. (1990). Circular questions: a family interviewing strategy. *Dimensions of Critical Care Nursing*, 9(1), 46-53.
- McGee, D., Del Vento, A. & Bavelas, J. B. (2005). An interactional model of questions as therapeutic interventions. *Journal of Marital and Family Therapy*, 31(4), 371-384.
- Miller, W. R., & Rollnick, S. (2013). *Motivational interviewing: helping people change*. 3rd edition. NY, The Guildford Press.
- Fleuridas, C., Nelson, T. S., & Rosenthal, D. M. (1986). The evolution of circular questions: Training family therapists. *Journal of Marital and Family Therapy*, 12(2), 113-127.
- Persson, C., & Benzein, E. (2014). Family health conversations: How do they support health? *Nursing Research and Practice*, <https://doi.org/10.1155/2014/547160>.
- Robinson, C. A. & Wright, L. (1995). Family nursing interventions: what families say make the difference. *Journal of Family Nursing*, 1(3), 327-345.
- Santos, L. G. D., Cruz, A. C., Mekitarian, F. F. P., & Angelo, M. (2017). Family interview guide: strategy to develop skills in novice nurses. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 70(6), 1129-1136.
- Silva, M. C., Moules, N. J., Silva, L., & Bousso, R. S. (2013). The 15-minute family interview: a family health strategy tool. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 47(3), 634-639.
- Stuart, G. (2013). Therapeutic Nurse–Patient Relationship. In G. Stuart (eds). *Principles and practice of psychiatric nursing*. St Louis, Mosby, Elsevier Inc.
- Sunder, R. (2011). Collaboration: family and therapist perspectives of helpful therapy. *Journal of Marital and Family Therapy*, 37(2), 236-249.
- Tomm, K. (1987). Interventive interviewing: Part I. Strategizing as a fourth guideline for the therapist. *Family Process*, 26(1), 3-13.
- Tomm, K. (1987). Interventive interviewing: Part II. Reflexive questioning as a means to enable self - healing. *Family Process*, 26(2), 167-183.
- Tomm, K. (1988). Interventive interviewing: Part III. Intending to ask lineal, circular, strategic, or reflexive questions? *Family Process*, 27(1), 1-15.

- Wright, L. M., & Leahey, M. (1999). "Maximizing Time, Minimizing Suffering: The 15-Minute (or less) Family Interview". *Journal of Family Nursing*, 5(3), 259-274.
- Wright, L. M., & Leahey, M. (2005). The three most common errors in family nursing: How to avoid or sidestep. *Journal of Family Nursing*, 11(2), 90-101.
- Wright, L., & Bell, M. (2009). *Beliefs and Illness a model to invite healing*. Calgary.
- Wright, L., & Leahey, M. (2013). *Nurses and families. A guide to family assessment and intervention* (6th edition). Philadelphia, FA Davis Company.

Ελληνόγλωσση Βιβλιογραφία

- Dawn, F. (2012). *Συμβουλευτική νοσηλευτική. Δεξιότητες συμβουλευτικής για νοσηλευτές, μαίες και επισκέπτες υγείας*. Επιμέλεια Ι. Παπαθανασίου, Αθήνα, Εκδόσεις Πασχαλίδης.
- Γκάρνερ, Α. (2000). *Η τέχνη της επικοινωνίας*. Αθήνα, Εκδόσεις Πατάκη.
- Καλοκαιρινού, Α., & Αδαμακίδου, Θ. (2014). *Κατ' οίκον νοσηλευτική φροντίδα: έννοιες, δεξιότητες, εφαρμογές*. Αθήνα, Εκδόσεις Βήτα.
- Κούκια, Ε. (2014). *Ψυχιατρική νοσηλευτική, νοσηλευτική ψυχικής υγείας*. Αθήνα, Εκδόσεις Βήτα.
- Κούτα, Χ. (2002). Οι Νοσηλευτές πάντα κοντά σας: Φροντίζοντας την οικογένεια. *Cyprus Nursing Chronicles* 3(1):19-24.
- Mackay, M., Davis, M., & Fanning, P. (2005). *Μηνύματα: το βιβλίο της επικοινωνίας*. Αθήνα, Εκδόσεις Δίοδος.
- Nealson-Jones, R. (2009). *Βασικές δεξιότητες συμβουλευτικής: ένα εγχειρίδιο για βοηθούς*. Επιμέλεια Μ. Μαλικιώση-Λοίζου, Αθήνα, Εκδόσεις Πεδίο.
- Sheldon, L. K. (2010). *Η επικοινωνία στη νοσηλευτική*. Αθήνα, Εκδόσεις Πασχαλίδη.
- Freshwater, D. (2012). *Συμβουλευτική νοσηλευτική*. Επιμέλεια Ι. Παπαθανασίου, Αθήνα, Εκδόσεις Πασχαλίδης.

Χρήσιμο οπτικοακουστικό και έντυπο υλικό στο διαδίκτυο

[Family Nursing Education: Maureen Leahey - YouTube](#)

<https://www.youtube.com/watch?v=rPTq2qGHBIY>

<https://www.youtube.com/watch?v=TQ640CZvNZg>

Κριτήρια Αξιολόγησης

Κριτήριο Αξιολόγησης 1

Ως νοσηλεύτης/-τρια του Κέντρου Υγείας επισκέπτεστε την πυρηνική οικογένεια ΑΒ, στην οποία το 12χρονο παιδί τους φαίνεται να περνάει πολλές ώρες στον υπολογιστή, γεγονός το οποίο φαίνεται να έχει θορυβήσει τους γονείς. Διατυπώστε 3 ερωτήσεις για τη διερεύνηση της σχέσης αλληλεπίδρασης μεταξύ οικογένειας και προβλήματος.

Απάντηση/Λύση

Ενδεικτικές ερωτήσεις για τη διερεύνηση της σχέσης αλληλεπίδρασης μεταξύ οικογένειας και προβλήματος:

- *Τι συνέβη; Και σε ποιον;*
- *Πότε το έπαθε;*
- *Ποιος αντιλήφθηκε πρώτος ότι κάτι συμβαίνει;*
- *Ανησυχείς περισσότερο, λιγότερο ή το ίδιο για το παιδί σου μετά από αυτή τη διαπίστωση;*
- *Πιστεύεις ότι τα πράγματα θα ήταν καλύτερα εάν...*
- *Τι σημαίνει για σένα...*

Κριτήριο Αξιολόγησης 2

Περιγράψτε τα συστατικά/εργαλεία της συνέντευξης των 15 λεπτών που προτείνουν οι Wright και Leahey. Εν συνεχεία, παρακολουθήστε το βίντεο με τη συνέντευξη (ο σύνδεσμος βρίσκεται παραπάνω) και συζητήστε για την προσέγγιση των συστατικών/εργαλείων της συνέντευξης 15 λεπτών και τον τρόπο που αυτά λειτούργησαν προκειμένου ο νοσηλεύτης της οικογένειας να επιτύχει τους στόχους του.

Απάντηση/Λύση

Η απάντηση βρίσκεται στην ενότητα 6.3.

Κριτήριο Αξιολόγησης 3 – Μελέτη περίπτωσης

Στο σενάριο που δίνεται παρακάτω, γίνεται η τηλεφωνική συνομιλία της νοσηλεύτριας από την υπηρεσία κατ' οίκον νοσηλείας και της κας ΧΨ, η οποία έχει ιστορικό οστεοπόρωσης και ο θεράπων ιατρός της συνέστησε να κάνει υποδόριες ενέσεις φαρμάκου για τον έλεγχο της νόσου.

Μελετήστε το σενάριο πρώτης επικοινωνίας μεταξύ νοσηλεύτη και οικογένειας και συζητήστε τα ακόλουθα:

1. Ποιες πληροφορίες συγκέντρωσε η νοσηλεύτρια από την πρώτη τηλεφωνική επικοινωνία;
2. Τι πληροφορίες παρέχει η νοσηλεύτρια; Για ποιους λόγους το κάνει αυτό στην έναρξη της θεραπευτικής σχέσης;
3. Πώς χαρακτηρίζετε τη στάση και τη συμπεριφορά της νοσηλεύτριας;
4. Συνεχίσετε με role playing στην τηλεφωνική επικοινωνία που γίνεται μεταξύ του/της νοσηλεύτη/-τριας και της μητέρας, σε μια οικογένεια όπου η μητέρα είναι λεχωίδα στο 2ο παιδί.

Το τηλέφωνο χτυπάει στο σπίτι της κας ΧΨ

Γυναίκα: *Ναι;*

Νοσηλεύτρια: *Θα ήθελα να μιλήσω με την κα ΧΨ. Λέγομαι ΑΒ και είμαι νοσηλεύτρια της υπηρεσίας κατ' οίκον νοσηλείας του Κέντρου Υγείας Φ.*

Γυναίκα: *Ναι... εγώ είμαι.*

Νοσηλεύτρια: *Ο γιατρός σας, ο κος ΔΖ, μας ενημέρωσε ότι θα ξεκινήσετε άμεσα να κάνετε υποδόριες ενέσεις για την οστεοπόρωση. Είναι τακτική μας να επισκεπτόμαστε τα άτομα και να τους*

εκπαιδεύουμε στην εκτέλεση της ένεσης.

Γυναίκα: *A... δεν το 'ξερα...*

Νοσηλεύτρια: *Ναι, συνήθως εκπαιδεύουμε το άτομο που θα κάνει την ένεση, καθώς και κάποιο άλλο άτομο της οικογένειας για την εκτέλεση της ένεσης και συζητάμε απορίες ή ό,τι άλλο χρειαστεί.*

Γυναίκα: *Ναι, ακούγεται καλή ιδέα, γιατί ο γιατρός δεν μου είπε και πολλά... και εγώ, η αλήθεια είναι ότι προτιμώ να πάρω κάποιο χάπι και όχι να κάνω ένεση...*

Νοσηλεύτρια: *Φαίνεστε προβληματισμένη από το ότι θα πρέπει να κάνετε ένεση... αυτά, όμως, θα τα συζητήσουμε κατά την επίσκεψη. Εγώ σας τηλεφωνώ για να κανονίσουμε το ραντεβού, την ημέρα και την ώρα που θα βολεύει εσάς και εμένα. Θα ήθελα να δω εσάς και κάποιο μέλος της οικογένειάς σας, το οποίο, όταν χρειαστεί, θα κάνει αυτή την ένεση σε εσάς, όπως ο σύζυγός σας ή κάποιο από τα παιδιά σας εάν μένουν μαζί σας.*

Γυναίκα: *Αυτό έλεγα εχθές στον σύζυγό μου, ότι δεν θέλω να κάνω εγώ την ένεση στον εαυτό μου... δεν μπορώ... οπότε θα μάθει και αυτός τη διαδικασία... τα παιδιά μου μένουν μακριά και δεν θέλω να τα επιβαρύνω και με αυτό...*

Νοσηλεύτρια: *Η συνάντηση θα διαρκέσει περίπου μία ώρα. Έχω διαθέσιμο χρόνο την Τρίτη στις 10.00 και την Πέμπτη στις 12.00, το μεσημέρι. Ποια ώρα βολεύει εσάς, τον σύζυγό σας;*

Γυναίκα: *Η Τρίτη δεν είναι καλή ημέρα γιατί έχουμε λαϊκή και πηγαίνουμε με τον σύζυγό μου να ξεσκάσουμε λίγο. Την Πέμπτη είναι καλύτερα.*

Νοσηλεύτρια: *Οπότε, το ραντεβού στις 12 είναι εντάξει ή θέλετε να το κάνουμε στις 12.15;*

Γυναίκα: *Στις 12.00 είναι εντάξει.*

Νοσηλεύτρια: *Ωραία, θα τα πούμε με εσάς και τον σύζυγό σας την Πέμπτη.*

Γυναίκα: *Εντάξει...*

Νοσηλεύτρια: *Γεια σας.*

Απάντηση/Λύση

Ενδεικτικές απαντήσεις:

- 1) Οι πληροφορίες που έλαβε η νοσηλεύτρια και θα είναι χρήσιμες για τη συνάντηση με την οικογένεια ενδεικτικά αφορούν:
 - τις απόψεις της κας ΧΨ για την ένεση ως θεραπεία: «...προτιμώ να πάρω κάποιο χάπι και όχι να κάνω ένεση...»,
 - τις απόψεις της κας ΧΨ για τη χορήγηση της ένεσης στον εαυτό της: «ότι δεν θέλω να κάνω εγώ την ένεση στον εαυτό μου... δεν μπορώ...»,
 - τις γνώσεις της σχετικά με τη χορήγηση της ένεσης: «ακούγεται καλή ιδέα, γιατί ο γιατρός δεν μου είπε και πολλά»,
 - τα μέλη της οικογένειας: «ο σύζυγός μου... τα παιδιά μου μένουν μακριά...»,
 - κάποιες συνήθειες της οικογένειας: «...έχουμε λαϊκή και πηγαίνουμε με τον σύζυγό μου να ξεσκάσουμε λίγο...» κ.ά.
- 2) Η νοσηλεύτρια παρέχει πληροφορίες σχετικά με:
 - ποια είναι και από που προέρχεται: «...Λέγομαι ΑΒ και είμαι νοσηλεύτρια της υπηρεσίας κατ' οίκον νοσηλείας του Κέντρου Υγείας Φ.»,
 - ποιος ο συνδετικός κρίκος, για την παραπομπή στην υπηρεσία: «...ο γιατρός σας ο κος Δ.»,
 - ποιος ο σκοπός της κατ' οίκον επίσκεψης: «...επισκεπτόμαστε τα άτομα και να τους εκπαιδεύουμε στην εκτέλεση της ένεσης»,
 - ποιος είναι χρόνος της κατ' οίκον επίσκεψης: «Η συνάντηση θα διαρκέσει περίπου μία ώρα. Έχω διαθέσιμο χρόνο την Τρίτη στις 10.00 και την Πέμπτη στις 12.00, το μεσημέρι...»,
 - ποιοι θα εμπλέκονται στην κατ' οίκον επίσκεψη: «Θα ήθελα να δω εσάς και κάποιο μέλος της οικογένειάς σας...»,
 - λόγος της τηλεφωνικής κλήσης: «...Εγώ σας τηλεφωνώ για να κανονίσουμε το ραντεβού...» κ.ά.
- 3) Η νοσηλεύτρια με ξεκάθαρο και απλό λόγο κάνει την πρώτη επικοινωνία με την οικογένεια, προσδιορίζοντας τον ρόλο της. Η στάση της και η συμπεριφορά της είναι φιλική αλλά και ταυτόχρονα

επαγγελματική. Παράλληλα, οι πληροφορίες που συλλέγει από τη σύντομη αυτή επικοινωνία θα τη βοηθήσουν να προετοιμαστεί για το περιβάλλον, τις απόψεις και αντιλήψεις που θα έχει να αντιμετωπίσει.

- 4) Στην περίπτωση αυτήν, οι λόγοι της κατ' οίκον επίσκεψης μπορεί να ποικίλλουν, όπως η αξιολόγηση του βρέφους, της μητέρας, του πρώτου παιδιού, των αλλαγών που έφερε στην καθημερινότητα της οικογένειας το νέο μέλος, ο θηλασμός κ.ά.

Κριτήριο Αξιολόγησης 4 – Μελέτη Περίπτωσης

Βοηθήστε έναν/μία έφηβο/-η ο/η οποίος/-α κάνει κατάχρηση στη χρήση του κινητού (περίπου 10-12 ώρες την ημέρα) να θέσει ρεαλιστικούς στόχους για τον έλεγχο της χρήσης.

Διατυπώστε 3 στόχους που θα τον/τη βοηθήσουν στην επίτευξη του στόχου για μείωση του χρόνου χρήσης του κινητού.

Απάντηση/Λύση

Οι στόχοι πρέπει να είναι σύμφωνα με το ακρόνυμο SMART (Specific, Measurable, Appropriate, Realistic Time Oriented), δηλαδή συγκεκριμένοι, μετρήσιμοι, κατάλληλοι, ρεαλιστικοί και χρονικά προσδιορισμένοι. Σε μια πρώτη προσπάθεια μείωσης των ωρών χρήσης του κινητού/ίντερνετ, στόχοι ενδεικτικοί που πληρούν τα παραπάνω κριτήρια και μπορούν να τεθούν σε συνεργασία με τον έφηβο/η για τους επόμενους δύο μήνες είναι:

- απουσία χρήσης του κινητού στο σχολείο,
- συμμετοχή σε δραστηριότητες ψυχαγωγίας της επιλογής του/της τις απογευματινές ώρες και τα Σαββατοκύριακα,
- βοήθεια εύρεσης δραστηριότητας,
- απαγόρευση χρήσης του κινητού τις μεταμεσονύκτιες ώρες,
- χρήση του κινητού μόνο το απόγευμα, μετά το τέλος των μαθητικών υποχρεώσεων/μελέτης,
- χρήση του κινητού μόνο το απόγευμα, τις ώρες 6-11,
- το κινητό θα βρίσκεται σε ένα συγκεκριμένο σημείο στο σαλόνι και όχι στην τσέπη ή δίπλα του/της,
- τα Σαββατοκύριακα μπορεί να χρησιμοποιεί το κινητό/ίντερνετ για 2 ώρες (π.χ. μετά το φαγητό) και το απόγευμα για 4 ώρες κ.ά.

Κριτήριο Αξιολόγησης 5 – Μελέτη Περίπτωσης

Η νοσηλεύτρια της υπηρεσίας κατ' οίκον προσπαθεί να διαπιστώσει ποια είναι η επίδραση ενός πρόσφατου αγγειακού εγκεφαλικού επεισοδίου που άφησε με ημιπληγία γυναίκα 55 ετών, που ήταν ενεργός νοσηλεύτρια, με αποτέλεσμα να χρειάζεται αμαξίδιο για τις μετακινήσεις της.

1. Διατυπώστε μία ερώτηση για την αξιολόγηση της επίδρασης του προβλήματος/ασθένειας στην οικογένεια.
2. Μπορείτε να συνεχίσετε με ένα role playing μεταξύ δύο ατόμων, όπου το ένα άτομο είναι η νοσηλεύτρια της υπηρεσίας κατ' οίκον νοσηλείας και το άλλο άτομο η γυναίκα με το πρόβλημα υγείας, απαντώντας στη συγκεκριμένη ερώτηση.

Απάντηση/Λύση

Ενδεικτικές ερωτήσεις:

- Τι αλλαγές έφερε στη ζωή σας η ασθένεια;
- Ποια ήταν η επίδραση της ασθένειας στην οικογένεια;
- Ποια ήταν η επίδραση της ασθένειας σε εσένα;

Κεφάλαιο 8 Νοσηλευτική της Οικογένειας και ανακουφιστική φροντίδα

Σύνοψη

Στην ανακουφιστική φροντίδα η οικογένεια λαμβάνει κεντρικό ρόλο στο πλαίσιο της ασθενοκεντρικής και εξατομικευμένης φροντίδας. Η σοβαρή νόσος επηρεάζει την ίδια την οικογένεια ως μονάδα και κάθε μέλος χωριστά, αλλά και τη λειτουργία της οικογένειας. Στο παρόν κεφάλαιο παρουσιάζονται οι διαστάσεις αξιολόγησης και παρέμβασης στην οικογένεια υπό τη φιλοσοφία της ανακουφιστικής φροντίδας στις οποίες ο νοσηλευτής κρίνεται σκόπιμο να κατευθύνει την αξιολόγησή του και τις παρεμβάσεις του. Πρωταρχικά, η αξιολόγηση και υποστήριξη της οικογένειας αφορούν τη βοήθειά της στην επιτέλεση του ρόλου της στη φροντίδα του αγαπημένου προσώπου που ασθενεί, όπως επίσης και στην υποστήριξη των δικών της αναγκών σε κάθε στάδιο της νόσου μέχρι και το πένθος από την απώλεια του αγαπημένου προσώπου, είναι πολυεπίπεδες και έχουν την αφετηρία τους στην ανάπτυξη μιας θεραπευτικής σχέσης και αποτελεσματικής επικοινωνίας μεταξύ του νοσηλευτή και της οικογένειας.

Προαπαιτούμενη γνώση

Πολύ καλή γνώση των εννοιών και των θεμάτων των Κεφαλαίων 1 και 2 του συγγράμματος. Η πολύ καλή γνώση σε θέματα που άπτονται της ανακουφιστικής φροντίδας και της εφαρμογής τους στη νοσηλευτική κλινική πρακτική είναι προαπαιτούμενη για την κατανόηση των θεμάτων του κεφαλαίου.

Γλωσσάριο επιστημονικών όρων

Ανακούφιση του «υποφέρειν»	Πρότυπα φροντίδας και άσκησης της
Ανακουφιστική φροντίδα	ανακουφιστικής φροντίδας
Ενδυνάμωση οικογένειας	Υποστηρικτικά συστήματα
Επικοινωνία με την οικογένεια	Φροντίδα και υποστήριξη οικογενειακού φροντιστή
Εύρεση νοήματος	Φροντίδα στο πένθος
Παροχή πληροφόρησης	Φροντίδα στο τελικό στάδιο της νόσου

Εισαγωγή

Η εμπειρία φροντίδας του αγαπημένου προσώπου στο τέλος της ζωής του είναι ιδιαίτερα ψυχοφθόρα και μπορεί να είναι θετική ή αρνητική ανάλογα με τον τρόπο που έχει τη δυνατότητα να διαχειριστεί ο επαγγελματίας υγείας και, συνήθως, ο νοσηλευτής τη σχέση αλληλεπίδρασης με την οικογένεια αλλά και τον ασθενή.

8.1 Ανακουφιστική φροντίδα

Σύμφωνα με τον ορισμό του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας (WHO, 2006), η ανακουφιστική φροντίδα αφορά μια «προσέγγιση που βελτιώνει την ποιότητα ζωής των ασθενών που αντιμετωπίζουν προβλήματα που σχετίζονται με απειλητικές για τη ζωή ασθένειες, και των οικογενειών τους, μέσω της πρόληψης και της ανακούφισης, χρησιμοποιώντας την πρόωμη αναγνώριση και αξιολόγηση και θεραπεία του πόνου και άλλων σωματικών, ψυχολογικών και πνευματικών προβλημάτων». Ο ρόλος της ανακουφιστικής φροντίδας, όπως προσεγγίζεται από τον ΠΟΥ, είναι να ανακουφίζει τον πόνο και τα άλλα συμπτώματα μέσω μιας διεπιστημονικής προσέγγισης, η οποία περιλαμβάνει τόσο τις σωματικές όσο και τις ψυχοκοινωνικές και πνευματικές παραμέτρους της φροντίδας. Τα μέλη της οικογένειας εμπλέκονται στον σχεδιασμό της φροντίδας και λαμβάνουν φροντίδα. Η ανακουφιστική φροντίδα είναι η υποστήριξη του ασθενή να παραμείνει ενεργός στη φροντίδα και να λαμβάνει μέρος στις αποφάσεις, η υποστήριξη της οικογένειας να είναι δίπλα στον αγαπημένο της σε αυτή τη φάση της ασθένειας και της ζωής του και η υποστήριξη της οικογένειας στο πένθος και τον

θρήνο. Η ανακουφιστική φροντίδα σέβεται τη ζωή και δέχεται τον θάνατο ως φυσιολογική διαδικασία. Ενώ παλαιότερα η ανακουφιστική φροντίδα ξεκινούσε όταν η νόσος δεν ανταποκρινόταν στη θεραπεία, σήμερα θεωρείται ότι θεραπεία και ανακουφιστική φροντίδα συμπορεύονται, με τη δεύτερη να συνεχίζεται και να επικρατεί όταν οι θεραπευτικές επιλογές περιορίζονται (WHO, 2006). Ωστόσο, πρόσφατα (Radbruch et al., 2020) η ανακουφιστική φροντίδα ορίστηκε ως «η ενεργή, ολιστική φροντίδα και παρέχεται σε άτομα κάθε ηλικίας, που βιώνουν το αίσθημα του “υποφέρειν”, εξαιτίας μιας σοβαρής ασθένειας, ή σε άτομα που βρίσκονται κοντά στο τέλος της ζωής τους με σκοπό τη βελτίωση της ποιότητας ζωής των ασθενών αυτών, των οικογενειών και των φροντιστών τους». Στην ανθρωποκεντρική προσέγγιση δίνεται έμφαση στο βίωμα του «υποφέρειν», διότι η προσφορά της βασίζεται στις ανάγκες των ατόμων και όχι στην πρόγνωση ή στη διάγνωσή τους, μπορεί να εφαρμοστεί σε κάθε κλινικό χώρο και μπορεί να παρέχεται ως γενική ή εξειδικευμένη ανακουφιστική φροντίδα.

Οι ηθικές αρχές στις οποίες έχει τη βάση της η ανακουφιστική φροντίδα είναι:

- Σεβασμός στην αυτονομία του ασθενούς.
- Δίκαιη κατανομή των διαθέσιμων πόρων.
- Υποχρέωση των νοσηλευτών/επαγγελματιών υγείας να ενεργούν πάντα με κριτήριο το συμφέρον του αρρώστου.
- Υποχρέωση των νοσηλευτών/επαγγελματιών υγείας να μην προβαίνουν σε δυνητικά βλαβερές για τον ασθενή ενέργειες.

Οι προϋποθέσεις για την παροχή ανακουφιστικής φροντίδας αφορούν:

1. Την αναγνώριση προσωπικών απόψεων για τη ζωή και τον θάνατο. Συστήνεται διερεύνηση των προσωπικών απόψεων και στάσεων, των προσωπικών και επαγγελματικών εμπειριών και κατανόηση του τρόπου με τον οποίο αυτές επηρεάζουν τις στάσεις απέναντι στον θάνατο, τη διαδικασία του θανάτου και το πένθος. Επίσης, διερευνάται και προσδιορίζεται το νόημα του θανάτου για τον ασθενή και την οικογένειά του, αλλά και το νόημα της ζωής και του θανάτου για κάθε επαγγελματία υγείας και τον νοσηλευτή που εμπλέκονται στην ανακουφιστική φροντίδα.
2. Τη διεπιστημονική ομάδα. Ο σκοπός της ανακουφιστικής φροντίδας επιτυγχάνεται στο μέγιστο με τη λειτουργία της διεπιστημονικής ομάδας. Όλα τα μέλη της ομάδας έχουν το ίδιο όραμα, και οι αρχές της ανακουφιστικής φροντίδας καθοδηγούν τα μέλη στην επίτευξη του σκοπού. Κάθε μέλος φέρει στην ομάδα διαφορετικές ιδέες και δεξιότητες ανάλογα με το επιστημονικό του πεδίο και λειτουργεί σε αλληλεξάρτηση για τον σχεδιασμό, τη φροντίδα, τη λήψη αποφάσεων και την επίλυση των προβλημάτων. Η πρόκληση για κάθε μέλος της ομάδας είναι να κάνει το καλύτερο μέσα στην ομάδα. Η οικογένεια προσεγγίζεται διττά, ως χρήστης της φροντίδας αλλά και ως μέλος της διεπιστημονικής ομάδας.
3. Την ασθένεια, η οποία είναι οικογενειακή υπόθεση. Οτιδήποτε συμβαίνει σε ένα μέλος της οικογένειας έχει αντίκτυπο σε όλα τα μέλη αυτής. Η απειλητική για τη ζωή «νόσος ενός μέλους» γίνεται μέσα στην οικογένεια η «νόσος μας». Παρεμβάσεις υποστήριξης ενός μέλους, του άρρωστου μέλους, έχουν αντίκτυπο και υποστήριξη σε όλα τα μέλη της οικογένειας.
4. Το πολιτισμικό και πνευματικό υπόβαθρο. Έχοντας ως βάση την αρχή της ανακουφιστικής φροντίδας για σεβασμό στην αυτονομία του ανθρώπου, απαιτείται κατανόηση της διαφορετικότητας και διαχείριση των θεμάτων που προκύπτουν ως αποτέλεσμα της διαφορετικότητας, όπως επίσης και αναγνώριση των προσωπικών πολιτισμικών χαρακτηριστικών και του τρόπου που αυτά επηρεάζουν τη φροντίδα και τις προσδοκίες από τους άλλους, δηλαδή τους νοσηλευτές, τους φίλους, την οικογένεια κ.ά.
5. Τον ρόλο του φροντιστή (άτυπος φροντιστής). Πολύ συχνά τα μέλη της οικογένειας, οι φροντιστές, ενδιαφέρονται περισσότερο για τη φροντίδα του αγαπημένου τους και παραμελούν τις δικές τους ανάγκες και τη δική τους υγεία. Η επιβάρυνση που υφίστανται γίνεται έκδηλη μέσα από τα προβλήματα υγείας (π.χ. κατάθλιψη, πόνοι στην πλάτη, διαταραχές ύπνου), την αλλαγή στους ρόλους μέσα στην οικογένεια (π.χ. ο έφηβος εγγονός να φροντίζει την ηλικιωμένη γιαγιά, το παιδί να

φροντίζει τον πατέρα), τον περιορισμένο χρόνο για την ικανοποίηση των προσωπικών αναγκών, τον φόβο, την ανησυχία, την ανασφάλεια, τα οικονομικά προβλήματα, την απουσία προσωπικής, σωματικής και συναισθηματικής επαφής με αγαπημένους και επικοινωνία, την απουσία υποστήριξης από τα μέλη της οικογένειας και τους επαγγελματίες υγείας. Η φροντίδα του αγαπημένου, όμως, έχει και θετική επίδραση στους φροντιστές, όπως αισθήματα ικανοποίησης, επίγνωση εαυτού, ευκαιρίες για να δείξει ο/οι φροντιστής/-ές την αγάπη του/τους στον ασθενή, εκτίμηση της ζωής, εύρεση σκοπού και νοήματος στη ζωή, βελτίωση των σχέσεων με αγαπημένους, ανακάλυψη προσωπικής δύναμης και νέων ικανοτήτων και ευκαιρίες να μοιραστούν χρόνο με τον αγαπημένο τους. Ο νοσηλευτής βρίσκεται στη θέση-κλειδί για να προσδιορίσει, να προλάβει, να ανακουφίσει από τις αρνητικές συνέπειες και να ενδυναμώσει την οικογένεια, με ουσιαστική επίδραση στην ευεξία των μελών της.

6. Το πένθος. Μια από τις αρχές της ανακουφιστική φροντίδα είναι η συνέχεια της φροντίδας των φροντιστών μετά τον θάνατο του αγαπημένου προσώπου, στο πένθος. Η αντιμετώπιση του θανάτου του αγαπημένου προσώπου έχει διαφορετικές συνέπειες στην οικογένεια και στα μέλη της. Η υποστήριξή τους σε αυτήν τη φάση της ζωής τους είναι σημαντική.
7. Εμπόδια στην παροχή ανακουφιστικής φροντίδας. Ενδεικτικά εμπόδια τα οποία επηρεάζουν αρνητικά την ποιότητα της παρεχόμενης φροντίδας είναι η έλλειψη σωστά εκπαιδευμένων στην ανακουφιστική φροντίδα και έμπειρων επαγγελματιών υγείας, το περιβάλλον εργασίας (ξενώνας, σπίτι), καθυστερημένη παραπομπή στην ανακουφιστική φροντίδα, απουσία 24ωρης κάλυψης και 7 ημέρες την εβδομάδα, περιορισμοί στην εμπλοκή της οικογένειας στη φροντίδα.

Η ανακουφιστική φροντίδα παραδοσιακά αφορούσε τη φροντίδα των ασθενών με καρκίνο στο τέλος της ζωής. Αρκετά χρόνια τώρα η προσέγγιση έχει διευρυνθεί. Η ανακουφιστική φροντίδα παρέχεται με βάση την ανάγκη και όχι την πρόγνωση ή τη διάγνωση, συνήθως στο σπίτι αλλά και σε άλλους χώρους, σε κάθε άτομο που βιώνει το αίσθημα του «υποφέρειν» εξαιτίας μιας σοβαρής ασθένειας, όπως καρδιακή ανεπάρκεια, χρόνια αποφρακτική πνευμονοπάθεια, ασθενείς με νευροεκφυλιστικά νοσήματα, άνοια, νεφρική ανεπάρκεια, AIDS κ.ά.

Η ανακουφιστική φροντίδα παρέχεται σε τρία διαφορετικά επίπεδα.

Η *Βασική Ανακουφιστική Φροντίδα* παρέχεται προς όλους τους ασθενείς από επαγγελματίες υγείας, οι οποίοι δεν είναι εξειδικευμένοι στην ανακουφιστική φροντίδα, στο πλαίσιο των καθηκόντων τους. Οι επαγγελματίες υγείας έχουν το βασικό επίπεδο εκπαίδευσης, γνωρίζουν τις θεμελιώδεις αρχές της ανακουφιστικής φροντίδας και αναγνωρίζουν και παραπέμπουν τους ασθενείς στην ομάδα εξειδικευμένης ανακουφιστικής φροντίδας, όταν υπάρχουν σύνθετα προβλήματα που επιμένουν. Περιλαμβάνει ενδεικτικά τη βασική διαχείριση των συμπτωμάτων, τη διαχείριση της χρόνιας νόσου, την επικοινωνία.

Η *Γενική Ανακουφιστική Φροντίδα* παρέχεται σε ασθενείς που έχουν ανάγκη ανακουφιστικής φροντίδας από επαγγελματίες υγείας, οι οποίοι έχουν αναλάβει τη θεραπεία και τη φροντίδα ασθενών με σοβαρά και απειλητικά για τη ζωή νοσήματα και κατέχουν ένα βασικό επίπεδο γνώσεων για την ανακουφιστική φροντίδα, καθώς η ανακουφιστική φροντίδα δεν είναι το κύριο αντικείμενο εργασίας τους. Για παράδειγμα, φροντίδα όπως αξιολόγηση και διαχείριση των συμπτωμάτων, φροντίδα στο τέλος της ζωής κ.ά., η οποία παρέχεται από τους επαγγελματίες υγείας ενός ογκολογικού νοσοκομείου.

Η *Εξειδικευμένη Ανακουφιστική Φροντίδα* παρέχεται από εξειδικευμένες στην ανακουφιστική φροντίδα ομάδες επαγγελματιών υγείας στο πλαίσιο των Μονάδων Ανακουφιστικής Φροντίδας, σε ασθενείς με σοβαρά και απειλητικά για τη ζωή νοσήματα και σύνθετα προβλήματα υγείας. Χαρακτηριστικά της είναι η κατάλληλη εκπαίδευση στην ανακουφιστική φροντίδα όλων των επαγγελματιών της ομάδας, η διεπιστημονική ομάδα και η συνεργασία τους, η διαχείριση επίμονων και σύνθετων προβλημάτων (ασθενών, φροντιστών, οικογένειας) και η εκπαίδευση και υποστήριξη σε άλλα μη εξειδικευμένα μέλη της ομάδας φροντίδας στις υπηρεσίες πρωτοβάθμιας ή δευτεροβάθμιας φροντίδας υγείας. Συνεπώς, σε όλα τα επίπεδα φροντίδας ενός συστήματος υγείας μπορεί να παρέχεται η ανακουφιστική φροντίδα ως Βασική, Γενική και Εξειδικευμένη, ωστόσο η παροχή της εξαρτάται από παράγοντες όπως οι ανάγκες του πληθυσμού, η λειτουργία/προσβασιμότητα του χρήστη σε υπηρεσίες και η εξειδίκευση των επαγγελματιών υγείας.

Στην Ελλάδα η ανακουφιστική φροντίδα παρέχεται αποσπασματικά, καθώς δεν υπάρχει ακόμη σχετική νομοθεσία για την ανακουφιστική φροντίδα στο πλαίσιο του Εθνικού Συστήματος Υγείας (ΕΣΥ). Τα προγράμματα Εξειδικευμένης Ανακουφιστικής Φροντίδας είναι μόνο τρία και εξυπηρετούν περίπου 600 ασθενείς/έτος στην Αττική. Υπηρεσίες Γενικής Ανακουφιστικής Φροντίδας παρέχονται από ορισμένες από τις

40 ογκολογικές κλινικές και ορισμένα από τα 60 ιατρεία πόνου σε δημόσια νοσοκομεία. Υπηρεσίες Βασικής Ανακουφιστικής Φροντίδας μπορούν να παρέχονται σε όλους τους ασθενείς στον κλινικό χώρο, εφόσον οι επαγγελματίες υγείας έχουν λάβει κάποια επιμόρφωση σχετικά με την ανακουφιστική φροντίδα.

8.2 Νοσηλευτική της Οικογένειας

Η οικογένεια αποτελεί σημείο αναφοράς στους ορισμούς για την ανακουφιστική φροντίδα, αναγνωρίζοντας τον ρόλο αυτής στη φροντίδα του μέλους αλλά και την ανάγκη της ίδιας για φροντίδα και υποστήριξη. Αναγνωρίζοντας, δηλαδή, την επίδραση της ασθένειας στον ασθενή και την οικογένεια αλλά και την επίδραση/επιρροή των χαρακτηριστικών αυτών των ιδίων στην ασθένεια, την επίδραση των αξιών της οικογένειας στον τρόπο που θα αντιμετωπιστεί η κρίση που προκαλεί η νόσος αλλά και την επίδραση της κρίσης της σοβαρής νόσου στην ίδια την οικογένεια ως μονάδα αλλά και σε κάθε μέλος χωριστά είτε στην περίπτωση που το άρρωστο μέλος είναι παιδί είτε ενήλικας, με σοβαρή ή απειλητική για τη ζωή του ασθένεια. Η υποστήριξη της οικογένειας στο πλαίσιο της ανακουφιστικής φροντίδας αφορά πρωταρχικά τη βοήθεια των μελών της στην επιτέλεση του ρόλου τους στη φροντίδα του αγαπημένου τους, όπως επίσης και στην υποστήριξη των δικών τους αναγκών.

Αναφέρεται ότι η εμπειρία που βιώνει η οικογένεια κατά τη συνύπαρξή της με μια σοβαρή ασθένεια χαρακτηρίζεται από επτά διαστάσεις, οι οποίες διακρίνονται στον επαναπροσδιορισμό, στην επιβάρυνση, στον αγώνα με το παράδοξο, όπου ο αγαπημένος/-η είναι ζωντανός/-ή, αλλά παράλληλα οδεύει προς το τέλος της ζωής του/της, στην αντιπαράθεση με την αλλαγή, στην αναζήτηση νοήματος, στη ζωή μέρα με τη μέρα και στην προετοιμασία για τον θάνατο (Steele & Davies, 2016).

Η αξιολόγηση από τον νοσηλευτή πρέπει να είναι συνεχής και διαδοχική, βασισμένη σε πληροφορίες και γνώσεις της οικογένειας, ενώ οι παρεμβάσεις πρέπει να είναι ανάλογες με τις μεταβαλλόμενες ανάγκες των μελών και τις επιλογές τους.

Οι διαστάσεις αξιολόγησης και φροντίδας είναι εξαιρετικά πολλές στην ανακουφιστική φροντίδα. Στο συγκεκριμένο κεφάλαιο έγινε ομαδοποίηση των διαστάσεων αξιολόγησης και φροντίδας για καλύτερη παρουσίαση και κατανόησή τους.

Η ανάγκη για την παροχή ανακουφιστικής φροντίδας στο σπίτι επιβεβαιώνει για άλλη μια φορά την ανάγκη συγκέντρωσης στο προφίλ του κατ' οίκον νοσηλευτή αφενός γνώσεων και δεξιοτήτων ενός κοινοτικού νοσηλευτή, σύμφωνα με τη φιλοσοφία της φροντίδας υγείας στην κοινότητα, και αφετέρου ενός νοσηλευτή ειδικότητας και, στη συγκεκριμένη περίπτωση, ενός νοσηλευτή εξειδικευμένου στην ανακουφιστική φροντίδα, σύμφωνα με τα συγκεκριμένα πρότυπα φροντίδας. Στον Πίνακα 8.1 παρουσιάζονται επιγραμματικά τα πρότυπα φροντίδας και άσκησης της Νοσηλευτικής Ανακουφιστικής Φροντίδας, όπως αυτά επαναπροσδιορίστηκαν και δημοσιεύτηκαν το 2020 από τον American Nurses Association.

Πίνακας 8.1 Πρότυπα φροντίδας και άσκησης της Νοσηλευτικής Ανακουφιστικής Φροντίδας.

<u>Πρότυπα φροντίδας:</u>	<u>Πρότυπα Άσκησης της Νοσηλευτικής:</u>
1. Αξιολόγηση	1. Ηθική
2. Διάγνωση	2. Πολιτισμικά σύμφωνη φροντίδα
3. Προσδιορισμός εκβάσεων	3. Επικοινωνία
4. Σχεδιασμός	4. Συνεργασία
5. Εφαρμογή	5. Ηγεσία
Α) Συντονισμός της φροντίδας	6. Εκπαίδευση
Β) Αγωγή και Προαγωγή της Υγείας	7. Επιστημονικά τεκμηριωμένη πρακτική και έρευνα
6. Εκτίμηση	8. Ποιότητα φροντίδας
	9. Εκτίμηση επαγγελματικής πρακτικής
	10. Αξιοποίηση πόρων
	11. Περιβαλλοντική υγεία

8.2.1 Η σχέση και επικοινωνία μεταξύ οικογένειας και νοσηλευτή

Η ανάπτυξη σχέσεων εμπιστοσύνης, ειλικρινούς επικοινωνίας και η δέσμευση για την παροχή φροντίδας στο άρρωστο μέλος αλλά και στην οικογένεια είναι βασικές προϋποθέσεις για τη διασύνδεση μεταξύ οικογένειας και νοσηλευτή. Ακολουθεί η παράθεση κάποιων οδηγιών/tips για την προσέγγιση της οικογένειας.

- Ασθενείς και οικογένεια πρέπει να γνωρίζουν ποιοι είναι οι επαγγελματίες υγείας και, εν συνεχεία, παρουσιάζουν και εκείνοι τον εαυτό τους.
- Ο νοσηλευτής/επαγγελματίας υγείας προσδιορίζει την επαγγελματική του ιδιότητα (π.χ. *ονομάζομαι... εργάζομαι... το ωράριο μου είναι... είμαι εδώ για να...*).
- Διευκρινίζεται ο τρόπος συνεργασίας (*πώς θα θέλατε να συνεχίσουμε τη συνεργασία μας;*).
- Δημιουργία άνετου περιβάλλοντος.
- Διασφάλιση ιδιωτικότητας πριν την ανάπτυξη προσωπικών συζητήσεων.
- Προσδιορισμός των μελών της διεπιστημονικής ομάδας και του ρόλου τους.
- Προσδιορισμός της παρούσας κατάστασης και της ευεξίας.
- Ευαισθησία σε ειδικά πολιτισμικά χαρακτηριστικά.
- Προσεκτική παρατήρηση (περιβάλλοντος, συμπεριφορών, πράξεων κ.ά.).
- Προσέγγιση κάθε μέλους με ευαισθησία.
- Σεβασμός στον βαθμό στον οποίο τα μέλη επιθυμούν να ανοιχτούν στη σχέση με τον νοσηλευτή/επαγγελματία υγείας.
- Προσδιορισμός των διαφορετικών προσδοκιών του ασθενούς και της οικογένειας.
- Όταν δημιουργηθεί η σχέση εμπιστοσύνης, αυτή μπορεί να έχει μεγάλη διάρκεια.
- Διατήρηση της διασύνδεσης με τα μέλη και την οικογένεια, συνεχής επίδειξη πραγματικού ενδιαφέροντος για όσα συμβαίνουν στην οικογένεια, διάθεση χρόνου και δήλωση της δυνατότητάς που υπάρχει για να απευθυνθούν στη διεπιστημονική ομάδα για οτιδήποτε απασχολεί είτε τον νοσηλευτή είτε την οικογένεια.
- Η δημιουργία και διατήρηση της διασύνδεσης και της σχέσης είναι διαδικασία αμφίδρομη. Διάθεση αρκετού χρόνου με την οικογένεια και τα μέλη για να αναπτυχθεί και να διατηρηθεί η σχέση.
- Διασφάλιση συνέχειας στη φροντίδα (ίδιος πάντα νοσηλευτής, κάλυψη των αναγκών κατά προτεραιότητα κ.ά.).
- Η ποιότητα και όχι η ποσότητα του χρόνου κάνουν τη διαφορά στη σχέση.
- Προσδιορισμός του χρόνου που πραγματικά θα διατεθεί δίπλα στον ασθενή και στην οικογένειά του.
- Επίδειξη της διάθεσης για βοήθεια και υποστήριξη.
- Προσδιορισμός και πληροφόρηση της οικογένειας για τους ρόλους που επιτελεί ο νοσηλευτής ως μέλος της διεπιστημονικής ομάδας και προσπάθεια τήρησης αυτών των ρόλων.
- Προσαρμογή του χρόνου σε ό,τι επιθυμεί ο ασθενής και η οικογένεια.
- Επίδειξη ευελιξίας, διαφορετικά δημιουργούνται συναισθήματα εξαναγκασμού και καταπίεσης.
- Τροποποίηση του προγράμματος του νοσηλευτή όταν απαιτείται, προκειμένου να υποστηρίξει τους συνεργάτες του σε αυτήν τη διπλής κατεύθυνσης σχέση.

Για την αξιολόγηση και παρέμβαση στην οικογένεια είναι απαραίτητο να διατυπωθούν κατάλληλες ερωτήσεις. Στην περίπτωση αυτήν εξετασόμενοι το είδος και η ποσότητα των πληροφοριών, τα πρόσωπα που θα συμμετέχουν, ο τρόπος που θα ληφθούν οι αποφάσεις, τα μέλη που θα εμπλακούν ενεργά.

8.2.2 Ανακούφιση του «υποφέρειν» του ασθενούς

Η ανακούφιση του «υποφέρειν» αφορά την ανακούφιση των συμπτωμάτων και τη βελτίωση της ποιότητας ζωής σε αυτήν τη δύσκολη φάση της ζωής του ασθενούς. Αναφέρεται ότι η βελτίωση της ποιότητας ζωής σε αυτήν τη φάση σχετίζεται με τη διατήρηση θετικής στάσης, την ανακούφιση των συμπτωμάτων, το αίσθημα ελέγχου, το αίσθημα διασύνδεσης με την οικογένεια, τους φίλους, τους επαγγελματίες υγείας, την απόλαυση της καθημερινότητας της ζωής, τον σεβασμό στις ατομικές επιλογές και έχει τη βάση της στην ολιστική αντιμετώπιση των συμπτωμάτων, στην προαγωγή της άνεσης και της ποιότητας ζωής ασθενούς και οικογένειας και στη διαχείριση των συναισθημάτων.

8.2.3 Ενδυνάμωση οικογένειας

Ενδυνάμωση σημαίνει αφουγκράζομαι τη φωνή του χρήστη και τον εμπλέκω στον σχεδιασμό, στην προσφορά και στην αξιολόγηση της παρεχόμενης φροντίδας από τις υπηρεσίες υγείας. Στο πλαίσιο της ενδυνάμωσης ο νοσηλευτής της οικογένειας προβαίνει στα ακόλουθα:

- ενθάρρυνση των δυνατών σημείων της οικογένειας για τη βελτίωση της ποιότητας ζωής, όπως οι ίδιοι την ορίζουν,
- ενθάρρυνση να διαχειριστούν την πρόκληση,
- αναγνώριση της προσπάθειάς τους, των δεξιοτήτων τους και σεβασμός στο έργο και στις προσπάθειές τους,
- βοήθεια στην αναγνώριση και επίγνωση των επιλογών για την κλινική φροντίδα,
- βοήθεια να ενεργούν με βάση τις ανάγκες που οι ίδιοι προσδιορίζουν,
- βοήθεια στην αναγνώριση των υποστηρικτικών συστημάτων και στην αξιοποίησή τους,
- επανάκτηση του ελέγχου στη ζωή τους και του αισθήματος επάρκειας για όσα προσέφεραν στον/στην αγαπημένο/-η τους,
- κατάλληλη υποστήριξη των φροντιστών στην κατ' οίκον φροντίδα για την προετοιμασία για τον επικείμενο θάνατο και μετέπειτα στη διαδικασία του πένθους.

8.2.4 Ελπίδα και προετοιμασία για τον θάνατο

Η ισορροπία μεταξύ της υποστήριξης της ελπίδας της οικογένειας και της προετοιμασίας για την επικείμενη επιδείνωση της κατάστασης ή τον επικείμενο θάνατο απαιτεί πολύ προσεκτική προσέγγιση, καθώς σε κάποιους πολιτισμούς η ελπίδα για αγώνα, για ένα θαύμα, διατηρείται μέχρι την τελευταία στιγμή.

- Βοήθεια της οικογένειας να λειτουργεί μέσα στο πλαίσιο της αβεβαιότητας που η νόσος αυτή ορίζει.
- Ενδεικτική απάντηση στην ερώτηση «Πόσος χρόνος;» μπορεί να είναι «Τι θα κάνετε με διαφορετικό τρόπο τώρα, εάν γνωρίζατε ότι ο χρόνος είναι λίγος;», «Εάν τα πράγματα δεν πάνε όπως ελπίζετε, τι είναι σημαντικό για σας να γίνει;»

8.2.5 Παροχή πληροφοριών

Απαιτείται συνεχής αξιολόγηση για το είδος και την ποσότητα των πληροφοριών στις οποίες επιθυμεί να έχει πρόσβαση η οικογένεια αλλά και πόση πληροφόρηση παρέχεται άμεσα στον ασθενή (π.χ. εάν είναι παιδί!).

- Συχνά τα μέλη για να προστατεύσουν το ένα το άλλο δεν μοιράζονται μεταξύ τους πληροφορίες, απόψεις, επιθυμίες και ανάγκες, με αποτέλεσμα να αυξάνεται η ανησυχία και ο φόβος μεταξύ των μελών.
- Απαιτείται εξατομικευμένη προσέγγιση ανάλογα με το αναπτυξιακό στάδιο των μελών και τις επιθυμίες της οικογένειας.
- Πρόσκληση των μελών σε έναν ανοικτό διάλογο για τη σημασία της επικοινωνίας.
- Παροχή πληροφοριών, εκπαίδευσης και υποστήριξης στον ρόλο του φροντιστή που διευκολύνουν συγχρόνως και τους άλλους ρόλους κάθε μέλους.
- Πληροφόρηση στον κατάλληλο χρόνο, με τον κατάλληλο ρυθμό, με συμφωνία λεκτικής και μη λεκτικής επικοινωνίας, σεβασμό, ενσυναίσθηση και συμπαράσταση.
- Παραδείγματα της εμπειρίας άλλων οικογενειών βοηθούν στην καλύτερη κατανόηση.

- Η κατάλληλη πληροφόρηση είναι προϋπόθεση της λήψης αποφάσεων και του σχεδιασμού του πλάνου φροντίδας και του μέλλοντος.

8.2.6 Διευκόλυνση στις επιλογές

Η οικογένεια μπορεί να έρχεται για πρώτη φορά αντιμέτωπη με μια σοβαρή επιδεινούμενη νόσο ή με τον θάνατο, και συχνά εξαρτάται από τους νοσηλευτές για να βοηθήσουν την οικογένεια σε αυτή τη διαδικασία. Αυτό επιτυγχάνεται με τα ακόλουθα:

- Αξιολόγηση και σεβασμός στον βαθμό εμπλοκής των μελών της οικογένειας στη συζήτηση για τη συμμετοχή στη φροντίδα ή για το τέλος της ζωής (εναλλακτικές που μπορεί να συμβούν είναι η πλήρης υπευθυνότητα του ασθενούς για τις αποφάσεις ή η εμπλοκή του ασθενούς αλλά όχι στην τελική απόφαση ή η εναπόθεση της ευθύνης των αποφάσεων στον γιατρό, ή η οικογένεια λαμβάνει τις αποφάσεις).
- Όταν η οικογένεια αναλαμβάνει όλη την ευθύνη για τη λήψη αποφάσεων στο τελικό στάδιο, χρειάζεται ενδυνάμωση και διευκόλυνση της διαδικασίας, να μιλήσουν με τον ασθενή για θέματα που τους απασχολούν πριν ακόμη βρεθούν στη θέση της λήψης αποφάσεων (π.χ. ο ασθενής εξέφρασε την επιθυμία του να ταφεί στη γενέτειρά του ενώ οι φροντιστές/παιδιά του επιθυμούν να ταφεί στον τόπο διαμονής τους!).
- Κατανόηση ότι το προηγμένο σχέδιο φροντίδας ξεκινά από νωρίς στην εμπειρία της νόσου και τροποποιείται ανάλογα με τις προτιμήσεις.
- Βοήθεια των μελών και της οικογένειας να αναγνωρίσουν τις ικανότητές τους, τα δυνατά τους σημεία και τις απόψεις τους για τα σημαντικά θέματα που προκύπτουν, όπως π.χ. *«Πού βρίσκετε τη δύναμη και συνεχίζετε;»*, *«Παρ' όλα όσα έχετε περάσει, πώς τα καταφέρατε να αντιμετωπίσετε την κατάσταση;»*.
- Επικέντρωση σε όσα μπορεί να κάνει η οικογένεια.
- Αναζήτηση και προσδιορισμός των συνέπειων των αποφάσεων.
- Αποδοχή των περιορισμών της οικογένειας και επιδίωξη, ώστε οι εκβάσεις να είναι αποδεκτές από τον ασθενή και την οικογένεια.

8.2.7 Υποστηρικτικά συστήματα

Η οικογένεια κρίνεται σκόπιμο να ενημερωθεί από τον νοσηλευτή για τα διαθέσιμα υποστηρικτικά δίκτυα της κοινότητας και είναι αυτή που θα αποφασίσει ποιο σύστημα και τι είδους βοήθεια θα χρειαστεί.

- Ενημέρωση για τα άλλα μέλη της διεπιστημονικής ομάδας και τον ρόλο τους στη φροντίδα (κοινωνικός λειτουργός, ψυχολόγος, ιερέας κ.ά.).
- Ενημέρωση για τις διαθέσιμες πηγές υποστήριξης της κοινότητας [νοσοκομειακή φροντίδα, κατ' οίκον φροντίδα, ανακουφιστική φροντίδα, φροντίδα ξενώνα (hospice), υπηρεσίες ανάπαυλας των φροντιστών (respite care), σύλλογοι, εκκλησία, εθελοντές κ.ά.].

8.2.8 Ενθάρρυνση ασθενούς και οικογένειας

Οικογένεια και ασθενείς συνήθως αναζητούν επιβεβαίωση, έγκριση και ενθάρρυνση από τους επαγγελματίες υγείας για τις αποφάσεις τους και την αντιμετώπιση των αναγκών τους.

Η ενθάρρυνση είναι μια στρατηγική της ενδυνάμωσης της οικογένειας ή του ατόμου να κάνει πράγματα για τον εαυτό του. Η ενθάρρυνση δεν σημαίνει απαραίτητα συμφωνία με τις επιλογές, αλλά σημαίνει υποστήριξη για την ανακάλυψη και αποκάλυψη των εναλλακτικών που κάποιες από αυτές ενδεχομένως να γίνουν επιλογές. Η ενθάρρυνση δίνει τη δυνατότητα ανακάλυψης και διάκρισης των τρόπων για να επιτύχουν τα άτομα ό,τι θεωρούν σημαντικό.

Πολλές φορές μπορεί να βρεθεί ο επαγγελματίας υγείας σε ηθικούς προβληματισμούς και σε θέση διαπραγμάτευσης των δεξιοτήτων του, όταν οι αποφάσεις του ασθενούς ή της οικογένειας έρχονται σε αντίθεση με ό,τι ο ίδιος θεωρεί «το καλύτερο» για τον ασθενή.

8.2.9 Διαχείριση αρνητικών συναισθημάτων

Η φροντίδα ενός αγαπημένου προσώπου σε οποιοδήποτε στάδιο της νόσου και στο τελικό στάδιο δεν είναι πάντα συνυφασμένη με ενθάρρυνση και θετικά συναισθήματα. Πολλοί ασθενείς και μέλη της οικογένειας βιώνουν και εκφράζουν αρνητικά συναισθήματα (ενοχή, θυμό κ.ά.) τα οποία επηρεάζουν όλη την εμπειρία τους. Η συζήτηση για τα συναισθήματα αυτά συμβάλλει στη αναγνώρισή τους, στην αποδοχή τους και στην καλύτερη διαχείρισή τους. Συνεπώς, ο νοσηλευτής της οικογένειας θα πρέπει να ενθαρρύνει και να εφαρμόσει:

- αποδοχή των συναισθημάτων χωρίς επίκριση,
- εφαρμογή της ενεργητικής ακρόασης και διευκόλυνση της έκφρασης των συναισθημάτων των μελών της οικογένειας,
- χρήση ερωτήσεων, όπως «Πώς μπορώ να σας βοηθήσω;», «Τι θα μπορούσε να γίνει διαφορετικά;»,
- επί επιμονής των αρνητικών συναισθημάτων και συμπεριφορών και αδυναμίας διαχείρισής τους απαιτείται εμπλοκή και άλλων μελών της διεπιστημονικής ομάδας, ανάλογα με την περίπτωση.

8.2.10 Οικογενειακές συγκεντρώσεις και προαγωγή της επικοινωνίας μεταξύ των μελών της οικογένειας

Τα αρνητικά συναισθήματα και οι παρανοήσεις ενδέχεται να προκαλέσουν ή να επιτείνουν τον διχασμό και την αποξένωση των μελών μιας οικογένειας. Η προαγωγή της ενδοοικογενειακής επικοινωνίας ενισχύει το αίσθημα της ομάδας και βελτιώνει τη συμμετοχή στη διαδικασία της φροντίδας ή και του θανάτου. Μπορεί να επιτευχθεί με:

- διευκόλυνση της παρουσίασης των απόψεων του ενός μέλους στα άλλα μέλη της οικογένειας και βοήθεια στην κατανόηση της νέας θεώρησης,
- αποφυγή προσπάθειας να «φτιαχτεί η διχασμένη οικογένεια»,
- μεγάλες αλλαγές στις σχέσεις των μελών της οικογένειας και στη δυναμική της επιτυγχάνονται στην περίπτωση που η ίδια η οικογένεια επιθυμεί την αλλαγή και κάνει προσπάθειες για να την επιτύχει.

Οι συναντήσεις της οικογένειας με τον επαγγελματία υγείας είναι σημαντικές για την επιβεβαίωση της κατανόησης της κατάστασης και της πορείας της από όλα τα μέλη. Συνιστάται:

- Προτροπή των μελών να καταγράψουν από πριν τις ερωτήσεις που επιθυμούν να υποβάλουν στη διάρκεια της συνάντησης.
- Αρχικά προσδιορισμός και διευκόλυνση της κατανόησης της κατάστασης από όλα τα μέλη.
- Πληροφόρηση της οικογένειας για το τι πρέπει να αναμένει από τη συνάντηση.
- Συζήτηση για το τι έχει αξία στη ζωή του ασθενούς, τις πνευματικές και θρησκευτικές ανάγκες του ασθενούς και των μελών, τι θα ήθελε ο ασθενής από τη συνάντηση, εάν δεν μπορεί ο ίδιος να συμμετάσχει.
- Είναι αναμενόμενο ότι διαφορετικά μέλη της οικογένειας θα έχουν διαφορετικές απόψεις.
- Στο τέλος της συζήτησης με την οικογένεια για τις εντυπώσεις τους από τη συνάντηση, ανακεφαλαιώνονται ποιες είναι οι αλλαγές στο πλάνο φροντίδας, τι σημαίνουν οι αλλαγές για τα μέλη, πώς αισθάνεται η οικογένεια για τις αλλαγές, ποιες αποφάσεις λήφθηκαν και με ποιον τρόπο τις υποστηρίζουν.
- Συνήθως απαιτούνται περισσότερες από μία συναντήσεις, καθώς η κατάσταση του ασθενούς αλλάζει.
- Ιδιαίτερη μέριμνα πρέπει να λαμβάνει στην αξιολόγηση η μη λεκτική επικοινωνία.
- Διευκόλυνση της επίσκεψης άλλων αγαπημένων προσώπων, καθώς κάτι τέτοιο συμβάλλει στη μείωση αισθημάτων εγκατάλειψης, ενοχής, φόβου, μοναξιάς.
- Η διαδικασία, ο χρόνος επίσκεψης εξατομικεύονται ανάλογα με τις επιθυμίες. Η ψυχολογική υποστήριξη είναι απαραίτητη.

8.2.11 Εύρεση νοήματος

Όταν η ανάρρωση είναι αδύνατη, οι νοσηλευτές αναλαμβάνουν σημαντικό ρόλο στην εύρεση νοήματος από τον ασθενή και την οικογένειά του όσον αφορά την εμπειρία της νόσου και της φροντίδας που λαμβάνουν. Συχνά, ασθενής και οικογένεια προσπαθούν να νοηματοδοτήσουν την εμπειρία τους και να προσδώσουν αξία στη ζωή τους. Οπότε ο νοσηλευτής οφείλει να προβεί σε:

- Ενεργητική ακρόαση της οικογένειας στην προσπάθειά της να βρει νόημα σε αυτή τη φάση στη ζωή της.
- Προαγωγή μιας σχέσης ενδυνάμωσης μεταξύ όλων των συμμετεχόντων στην προσπάθεια αυτή.
- Υποστήριξη στους ανθρώπους που προσπαθούν να βρουν νόημα στη ζωή τους.
- Κάθε άτομο θα ανακαλύψει το δικό του νόημα με τον δικό του τρόπο. Κάποιοι εκφράζουν λεκτικά τις απόψεις για πνευματικά και θρησκευτικά θέματα, άλλοι πράττουν χωρίς να μιλούν, άλλοι δεν εκφράζουν τις σκέψεις και τις απόψεις τους.
- Η ύπαρξη νοήματος είναι ένα δυνατό σημείο του ατόμου και της οικογένειας.
- Η διερεύνηση του νοήματος της ασθένειας και του τέλους για τον συγκεκριμένο ασθενή και την οικογένεια επιτρέπει στον νοσηλευτή να διεισδύσει βαθύτερα στην εμπειρία και, επομένως, να σχεδιάσει ή/και να τροποποιήσει το πλάνο φροντίδας.
- Ερώτηση που προάγει την εύρεση νοήματος σε αυτήν τη φάση: «*Θα θέλατε να μου πείτε τι θα θέλετε να γίνει σε αυτήν τη φάση της ζωής σας;*».

8.2.12 Φροντίδα στο τελικό στάδιο της νόσου

Ο «καλός θάνατος», παρότι σχετίζεται με το αίσθημα της οικογένειας για ειρήνη στον θάνατο, το αίσθημα ικανοποίησης και εκπλήρωσης, έχει προσωπικό χαρακτήρα και χαρακτηριστικά. Για άλλους λαμβάνει την έννοια ότι έκαναν ό,τι καλύτερο μπορούσαν για το παιδί τους, ότι δεν πονούσε ο ασθενής, ότι ήταν παρούσα όλη η οικογένεια κ.ά.

- Αναφέρεται ότι ο «καλός θάνατος» περιλαμβάνει έξι βασικές διαστάσεις: την ανακούφιση από τα συμπτώματα, ξεκάθαρες επιλογές, προετοιμασία για τον θάνατο, ολοκλήρωση των εκκρεμοτήτων, συνεργασία και επαφή με άλλους, επιβεβαίωση και αποδοχή του ασθενούς με όλες τις διαστάσεις της ύπαρξής του.
- Ο «κακός θάνατος» χαρακτηρίζεται από έλλειψη ευκαιρίας σχεδιασμού, αδυναμία ολοκλήρωσης των εκκρεμοτήτων, αδυναμία μείωσης της επιβάρυνσης της οικογένειας και απουσία ευκαιρίας των μελών να αποχαιρετήσουν τον νοσούντα.
- Οι αρχές της ανακουφιστικής φροντίδας συνεργάζονται και βοηθούν σε έναν «καλό θάνατο».
- Απαιτείται ανοικτή συζήτηση για τη συνέχιση της παροχής φροντίδας και την εστίαση στην ποιότητα ζωής έναντι της παράτασης της ζωής. Με αυτόν τον τρόπο τα μέλη θα κατανοήσουν ότι «έγιναν όλα όσα έπρεπε να γίνουν» από μέρους τους και δεν εγκατέλειψαν τον/την αγαπημένο/-η τους.
- Η προετοιμασία για τον θάνατο, η βοήθεια στην απελευθέρωση του ατόμου που πεθαίνει και η συγχώρηση του εαυτού τους και του ασθενούς ώστε να «αναπαυθεί εν ειρήνη» αναδεικνύεται να είναι μια σημαντική βοήθεια για την οικογένεια.
- Ανακούφιση της οικογένειας από τους φόβους, διερευνώντας τι γνωρίζει και τι χρειάζεται.
- Προετοιμασία των μελών της οικογένειας για την αναγνώριση των σημείων και συμπτωμάτων του επικείμενου θανάτου, ιδιαίτερα όταν η φροντίδα παρέχεται στο σπίτι.
- Η οικογένεια που είναι ενήμερη για αυτά τα σημεία και συμπτώματα του επικείμενου θανάτου θα ανησυχεί λιγότερο όταν κάποια από αυτά εμφανιστούν.
- Ενθάρρυνση της οικογένειας να μιλά στον ασθενή, ακόμη και όταν δεν ανταποκρίνεται, διότι μπορεί να τους ακούει (Brajtman, 2006).
- Επίδειξη σεβασμού στις τελευταίες ενέργειες της οικογένειας στον αγαπημένο τους, όπως τελετουργίες σχετιζόμενες με τα πολιτισμικά χαρακτηριστικά της οικογένειας.
- Επίγνωση και σεβασμός στην επιθυμία κάποιων μελών να παρευρίσκονται κοντά στον/στην αγαπημένο/-η τους όταν η κατάσταση επιδεινωθεί ή όταν το τέλος πλησιάζει.
- Αναφορά στην αδυναμία μας να γνωρίζουμε, ως επαγγελματίες υγείας, ακριβώς τον χρόνο του θανάτου για να είμαστε κοντά στην οικογένεια (συχνά συμβαίνει όταν η οικογένεια πηγαίνει να ξεκουραστεί λιγάκι ή για φαγητό στην κουζίνα).

- Σεβασμός στις τελευταίες διαδικασίες και ενέργειες των γονέων μικρών παιδιών, όπως π.χ. να το αγκαλιάσουν, να το πλύνουν.

8.2.13 Φροντίδα στο πένθος

Ο θάνατος του ασθενούς δεν σηματοδοτεί το τέλος της παρεχόμενης φροντίδας από τον νοσηλευτή και την ομάδα. Τα μέλη της οικογένειας χρειάζονται υποστήριξη, συμβουλευτική, πληροφόρηση. Ξεκινούν η διαδικασία του θρήνου και η θεραπευτική διαδικασία για την οικογένεια, η διάρκεια της οποίας μπορεί να ποικίλλουν. Στην περίοδο αυτή απαιτείται:

- Σεβασμός στις τελευταίες επιθυμίες αποχαιρετισμού και φροντίδα των μελών – πολυπολιτισμική διάσταση.
- Προτροπή της οικογένειας να παραμείνει ενωμένη.
- Η παρουσία του νοσηλευτή στις τελευταίες συζητήσεις έκφρασης συναισθημάτων των μελών μπορεί να βοηθήσει στη δημιουργία σημαντικών αναμνήσεων.
- Διερεύνηση του ενδεχομένου και προτροπή για επαφή με άλλα μέλη της διεπιστημονικής ομάδας, όπως ιερέας, ψυχολόγος κ.ά.
- Ευαισθησία στη διαχείριση των πραγμάτων του θανάτου, ιδιαίτερα εάν είναι παιδί (φωτογραφίες, ζωγραφιές, αγαπημένα παιχνίδια κ.ά.).
- Συμπαράσταση στην οικογένεια στον θρήνο και βοήθεια ώστε να νοηματοδοτήσει τον θάνατο.
- Οι ενέργειες και τα λόγια του νοσηλευτή τις τελευταίες στιγμές έχουν μακροχρόνια επίδραση στην οικογένεια.
- Διατήρηση της επαφής με την οικογένεια στη φάση του πένθους και εξατομίκευση του χρόνου της παρεχόμενης υποστήριξης στην οικογένεια συνολικά.

8.3 Η φροντίδα και υποστήριξη του οικογενειακού φροντιστή

Ιδιαίτερη αναφορά πρέπει να γίνει στη φροντίδα του οικογενειακού άτυπου φροντιστή (family informal caregiver), δηλαδή του συζύγου, παιδιού, φίλου, γείτονα, ο οποίος έχει σημαντική προσωπική σχέση με το άτομο με την οξεία ή χρόνια κατάσταση και παρέχει μεγάλου εύρους φροντίδα. Ο άτυπος οικογενειακός φροντιστής μπορεί να ζει στο ίδιο σπίτι ή σε διαφορετικό με το άτομο που λαμβάνει φροντίδα. Είναι υπεύθυνος για την παρακολούθηση των καθημερινών αναγκών και να υποστηρίξει σωματικά, συναισθηματικά και οικονομικά κάποιες φορές το άτομο που εξαιτίας ενός νοσήματος, τραυματισμού ή ανικανότητας δεν είναι ικανό να φροντίσει τον εαυτό του.

Η αξιολόγηση του άτυπου φροντιστή είναι μια συστηματική διαδικασία στην οποία συγκεντρώνονται πληροφορίες για την παροχή της φροντίδας, τα ειδικά προβλήματα, τις ανάγκες, τις δυνάμεις, τις πηγές υποστήριξης και την ικανότητά του να συμβάλει στην αντιμετώπιση των αναγκών του ασθενή. Ως άξονες της αξιολόγησης προτείνονται το πλαίσιο της φροντίδας, οι αντιλήψεις του φροντιστή για την υγεία και τη λειτουργική κατάσταση του ασθενούς, οι αξίες και επιθυμίες του φροντιστή, η ευεξία του φροντιστή, οι συνέπειες του ρόλου του φροντιστή στον ίδιο, δεξιότητες και γνώσεις για την παροχή φροντίδας, η οικονομική επιβάρυνση και πιθανές πηγές υποστήριξης στις οποίες θα μπορούσε να απευθυνθεί ο φροντιστής.

Η φροντίδα και υποστήριξη του φροντιστή στην ανακουφιστική νοσηλευτική και φροντίδα περιλαμβάνει παρεμβάσεις εκπαίδευσης δεξιοτήτων, παροχής πληροφόρησης, θεραπευτική συμβουλευτική, δεξιότητες επίλυσης προβλημάτων, ψυχοεκπαίδευση, οργάνωση της φροντίδας ανάπαυλας, υποστήριξη με συμπληρωματικές θεραπείες, καθώς και άλλες παρεμβάσεις οι οποίες στοχεύουν στη μείωση της επιβάρυνσης και στη βελτίωση της ποιότητας ζωής του άτυπου φροντιστή και της αυτοαποτελεσματικότητάς τους.

Θυμηθείτε ότι

- Η ανακουφιστική φροντίδα είναι μια φιλοσοφία φροντίδας η οποία παρέχεται σε άτομα κάθε ηλικίας, που βιώνουν το αίσθημα του «υποφέρειν» εξαιτίας μιας σοβαρής ασθένειας ή σε άτομα που βρίσκονται κοντά στο τέλος της ζωής τους. Η ανακουφιστική φροντίδα έχει σκοπό τη βελτίωση της ποιότητας ζωής των ασθενών, των οικογενειών και των φροντιστών τους.
- Μία από τις αρχές της ανακουφιστικής φροντίδας είναι ότι η ασθένεια είναι οικογενειακή υπόθεση, δηλαδή οτιδήποτε συμβαίνει σε ένα μέλος της οικογένειας (π.χ. ασθένεια) έχει αντίκτυπο σε όλα τα μέλη αυτής.
- Στο πλαίσιο αυτής της αρχής σχεδιάζεται από τον νοσηλευτή και τα άλλα μέλη της διεπιστημονικής ομάδας πολυδιάστατη αξιολόγηση και αντίστοιχα παρέχεται πολυεπίπεδη φροντίδα, προς τον ασθενή και κάθε μέλος της οικογένειας.
- Η φροντίδα και υποστήριξη του άτυπου οικογενειακού φροντιστή λαμβάνει το ενδιαφέρον των μελών της διεπιστημονικής ομάδας και η αξιολόγησή τους έχει τη βάση της σε συγκεκριμένους άξονες.

Ξενόγλωσση Βιβλιογραφία

- Alam, S., Hannon, B., & Zimmermann, C. (2020). Palliative care for family caregivers. *Journal of Clinical Oncology*, 38(9), 926-936.
- Alt-Epping, B., & Nauck. (2015). *Palliative Care in Oncology*. NY, Springer.
- American Nurses Association (ANA). (2020). *Palliative Nursing: Scope and Standards of Practice*. Silver Spring, ANA.
- Andershed, B. (2006). Relatives end of life care: Part I: A systematic review of the literature the five past years, January 1999-2004, *Journal of Clinical Nursing*, 15, 1158-9.
- Becqué, Y.N., Rietjens, J.A.C., van der Heide, A. et al. (2021). How nurses support family caregivers in the complex context of end-of-life home care: a qualitative study. *BMC Palliat Care*, 20, 162.
- Berger, A., Portenoy, R. K., & Weissman, D. E. (2002). *Principles and Practice of Palliative Care and Supportive Oncology* (2nd edition). Lippincott Williams & Wilkins Publishers.
- Coyle, N., & Ferrell, B. (2016). *Social aspects of care*. Hospice and Palliative care Association. New York, Oxford University Press.
- da Costa, S. F. G., de Oliveira, R. C., da Silva Monteiro, G. R. S., Fernandes, M. A., Zaccara, A. A. L., da Nóbrega Morais, G. S., ..., & da Silva Abrão, F. M. (2016). Family structure assessment of patients in palliative home care. *International Archives of Medicine*, 9.
- Dahlin, C., Coyne, P., Ferrell, B. (2016). *Advanced practice palliative nursing*. NY, Oxford University Press
- Dunn, P.M. et al (2007). The POLST paradigm: Respecting the wishes of patients and families. *Annals of Long-Term Care*, 15(9), 33-40.
- Fallon, M., & Hanks, G. (2006). *ABC of Palliative Care* (2nd edition). Massachusetts, BMJ Books.
- Ferrell, B. (2015). *HPNA palliative nursing manuals: Structure and processes of care*. NY, Oxford University Press.
- Gillis, J. (2008). "We want everything done". *Archives of Disease in Childhood*, 93(3), 192-193.
- Martín, J. M., Olano-Lizarraga, M., & Saracíbar-Razquin, M. (2016). The experience of family caregivers caring for a terminal patient at home: A research review. *International Journal of Nursing Studies*, 64, 1-12.
- Matzo, M., & Sherman, D. W. (2015). *Palliative care nursing* (4th edition). NY, Springer Publishing Company.
- Kirkpatrick, A. J., Cantrell, M. A., & Smeltzer, S. C. (2017). A concept analysis of palliative care nursing. *Advances in Nursing Science*, 40(4), 356-369.
- Martín-Martín, J., Pérez-Díez-del-Corral, M., Olano-Lizarraga, M., Valencia-Gil, S., & Saracíbar-Razquin, M. I. (2021). Family Narratives About Providing End-of-Life Care at Home. *Journal of Family Nursing*, 10748407211025579.
- Payne, S., Seymour, J., & Ingleton, C. (2004). *Palliative care nursing: Principles and evidence for practice*. UK, Open University Press.
- Ris, I., Schnepf, W., & Mahrer Imhof, R. (2019). An integrative review on family caregivers' involvement in care of home-dwelling elderly. *Health & Social Care in the Community*, 27(3), e95-e111.
- Radbruch L, De Lima L, Knaut F, Wenk R, Ali Z, Bhatnagar S, et al. (2020). Redefining Palliative Care-A New Consensus-Based Definition. *Journal of Pain and Symptom Management*, 60(4), 754-764.
- Rosser, M., & Walsh, H. (2014). *Palliative care for student nurse*. UK, John Wiley & Sons Ltd.
- Stajduhar, K. I. et al (2008). Factors influencing family caregivers' ability to cope with providing end of life cancer care at home. *Cancer Nursing*, 31(1), 77-85.

- Steele, R., & Davies, B. (2016). Supporting families in palliative care. In N. Coyle & B. Ferrell (eds) *Social aspects of care*. Hospice and Palliative care Association, New York, Oxford University Press
<https://oxfordmedicine.com/view/10.1093/med/9780190244132.001.0001/med-9780190244132-chapter-3?print=pdf>
- Wright, L., & Leheay, M. (2013). *Nurses and families. A guide for family assessment and intervention* (6th edition). Philadelphia, F.A. Davis.
- World Palliative Care Alliance. (2014). *Global atlas of palliative care at the end of life* (2nd edition).
<http://www.thewhpc.org/resources/global-atlas-on-end-of-life-care>
- Hospice and Palliative Nurses Association (2014) Palliative Nursing Scope and Standards
https://www.nursingworld.org/~4ae000/globalassets/catalog/book-toc/palliative-nursing-scp--stds-2013_toc.pdf

Ελληνόγλωσση Βιβλιογραφία

- Εθνική Επιτροπή για την Ανάπτυξη και Υλοποίηση της Στρατηγικής για την Ανακουφιστική Φροντίδα στην Ελλάδα. (2019). Μελέτη Σκοπιμότητας για την Ανακουφιστική Φροντίδα στην Ελλάδα. Αθήνα, Υπουργείο Υγείας <https://www.google.com/url?sa=i&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=&ved=0CAQQw7AJahcKEwjQvJv0uuL-AhUAAAAAHQAAAAAQAw&url=https%3A%2F%2Fwww.moh.gov.gr%2Farticles%2Fministry%2Fgrafeio-typou%2Fpress-releases%2F6215-synenteyksh-typou-gia-thn-katartish-ethnikhs-strathgikhs-gia-thn-anakoyfistikh-frontida-poy-ylopoiei-to-yπουργείο-υγείας%3Ffdl%3D14889&psig=AOvVaw1Sm36pRsgyXvOp3Sr0fdz3&ust=1683523228278432>
- Becer, R. (2018). *Θεμελιώδης διαστάσεις της ανακουφιστικής φροντίδας στη νοσηλευτική*. Επιμέλεια Ε. Πατηράκη & Σ. Κατσαραγάκης. Λευκωσία, Broken Hill Publisher.
- Καλοκαιρινού, Α. & Αδαμακίδου, Θ. (2014). *Κατ' οίκον νοσηλευτική φροντίδα, έννοιες, δεξιότητες, εφαρμογές*. Αθήνα, Εκδόσεις Βήτα.
- Καλοκαιρινού, Α., Αδαμακίδου, Θ., Βελονάκη, Β., Βιβιλάκη, Β., Καπρέλη, Ε., Κριεμπάρδης, Α., Λάγιου, Α., Λιονής, Χ., Μαρκάκη, Α., Μποδοσάκης, Π., Παπαδακάκη, Μ., & Σακελλάρη, Ε. (2015). *Εφαρμογές καλών πρακτικών ομάδας πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας* [Εργαστηριακός Οδηγός]. Κάλλιπος, Ανοικτές Ακαδημαϊκές Εκδόσεις. <https://hdl.handle.net/11419/3301>
- Kearney, N., & Rochardson, A. (2011). *Νοσηλεύοντας ασθενείς με καρκίνο. Αρχές και Πρακτική*. Επιμέλεια Α. Χαραλάμπους. Αθήνα, Εκδόσεις Έλλην.
- Κωνσταντινίδης, Θ. (2020). Η έννοια της ανακουφιστικής φροντίδας στους ογκολογικούς ασθενείς. Στο Ο. Γκοβίνα & Κ. Θεοχάρης (επιμ.) *Βασικές Αρχές Ογκολογικής Νοσηλευτικής & Ανακουφιστικής Φροντίδας*. Λευκωσία, Εκδόσεις Broken Hill.
- Πατηράκη-Κουρμπάνη, Ε. (2012). Ανακουφιστική Φροντίδα: φροντίδα στα όρια της Ζωής; *Νοσηλευτική*, 51(4), 351-353.
- Πατηράκη-Κουρμπάνη, Ε. (2016). Σύγχρονες προσεγγίσεις στην ανακουφιστική φροντίδα. Πρόγραμμα Δια Βίου Μάθησης «Επικαιροποίηση σε βασικές και εκπαίδευση σε νέες νοσηλευτικές δεξιότητες που απαιτούνται για τη φροντίδα υγιών και ασθενών ατόμων». Επιχειρησιακό Πρόγραμμα "Εκπαίδευση και Δια Βίου Μάθηση", Υπουργείο Εκπαίδευσης και Δια Βίου Μάθησης.

Κριτήρια Αξιολόγησης

Κριτήριο Αξιολόγησης 1

Προσπαθήστε να διατυπώσετε τρεις ερωτήσεις οι οποίες προάγουν την ανάπτυξη και τη διατήρηση μιας θεραπευτικής σχέσης μεταξύ του νοσηλευτή και της οικογένειας.

Απάντηση/Λύση

Ενδεικτικές ερωτήσεις οι οποίες προάγουν την ανάπτυξη και τη διατήρηση μιας θεραπευτικής σχέσης μεταξύ του νοσηλευτή και της οικογένειας είναι:

- *Τι συμβαίνει στην οικογένεια;*
- *Τι εμπειρία έχουν τα μέλη της οικογένειας από τέτοια προβλήματα υγείας; Με τον θάνατο;*
- *Πώς βλέπετε την κατάσταση την επόμενη (εβδομάδα, μήνα, 3μηνο, εξάμηνο...);*
- *Πώς ελπίζετε να είναι η κατάσταση;*
- *Τι είναι σημαντικό να μάθω για την οικογένειά σας;*
- *Τι είναι αυτό που σας κάνει να ανησυχείτε περισσότερο και σας αναστατώνει;*
- *Όταν σκέφτεστε ότι η κατάσταση του αγαπημένου σας επιδεινώνεται, ποιοι είναι οι φόβοι και οι ανησυχίες σας;*
- *Εάν ο αγαπημένος αποβιώσει απόψε, υπάρχει κάτι που θα θέλατε να κάνετε ή να εκφράσετε; Εάν ναι, με ποιον τρόπο μπορώ να σας βοηθήσω;*

Κριτήριο Αξιολόγησης 2

Αναφέρετε σημεία και συμπτώματα του επικείμενου θανάτου, για τα οποία ο νοσηλευτής είναι σημαντικό να ενημερώσει την οικογένεια η οποία παρέχει φροντίδα στο σπίτι στο μέλος που βρίσκεται στο τελικό στάδιο.

Απάντηση/Λύση

Ενδεικτικά και συνήθη σημεία και συμπτώματα του επικείμενου θανάτου, για τα οποία είναι σημαντικό ο νοσηλευτής να ενημερώσει την οικογένεια η οποία παρέχει φροντίδα στο σπίτι στο μέλος που βρίσκεται στο τελικό στάδιο είναι:

- αλλαγές στην αναπνοή: ταχύπνοια, ρηχή επιπόλαιη αναπνοή, άπνοια κατά διαστήματα, αναπνοή Chayne-Stokes, θορυβώδης αναπνοή λόγω αδυναμίας αποβολής των εκκρίσεων (ρόγχος), μετά την τελευταία αναπνοή μπορεί να υπάρξουν μερικές αντανακλαστικές αναπνοές σε ακανόνιστο χρόνο,
- κυκλοφορικές διαταραχές: κρύα άκρα, μείωση της πίεσης, αδύναμος σφυγμός,
- δέρμα ωχρο ή κυανό,
- μείωση φυσικών ικανοτήτων,
- μείωση κοινωνικής αλληλεπίδρασης και εγρήγορσης,
- μείωση πρόσληψης υγρών και τροφής,
- δυσκολία στην κατάποση,
- οπτικές και ακουστικές παραισθήσεις,
- σύγχυση, ταραχή, νευρικότητα,
- ολιγοουρία κ.ά.

Κριτήριο Αξιολόγησης 3

Μία διάσταση αξιολόγησης του οικογενειακού φροντιστή είναι η ποιότητα της ζωής του. Διατυπώστε τρεις ερωτήσεις για την αξιολόγηση της ποιότητας ζωής του φροντιστή.

Απάντηση/Λύση

Ενδεικτικές ερωτήσεις αξιολόγησης της ποιότητας ζωής του φροντιστή είναι:

- Πώς θα βαθμολογήσετε την υγεία σας σήμερα; Πώς βαθμολογεί την υγεία του/της ο/η φροντιστής 6 μήνες μετά;
- Έχετε κάποια προβλήματα υγείας; Εάν ναι, ποια είναι αυτά;
- Πόσο συχνά ο ύπνος σας το βράδυ είναι συνεχής;
- Πώς θα βαθμολογήσετε την ποιότητα ζωής σας ;
- Πόσο συχνά αισθάνεστε ανησυχία ή θυμό όταν φροντίζετε τον/την ασθενή;

Κριτήριο Αξιολόγησης 4

Χρησιμοποιώντας την εμπειρία και τις γνώσεις σας, συζητήστε:

- A) σημεία και συμπτώματα εκδήλωσης της επιβάρυνσης ενός άτυπου οικογενειακού φροντιστή,
B) τους άξονες αξιολόγησης του άτυπου οικογενειακού φροντιστή από τον επαγγελματία υγείας.

Απάντηση/Λύση

- A) Ερεθίσματα και πληροφορίες για τη συζήτηση βρίσκονται στην ενότητα 7.1 «Η ανακουφιστική φροντίδα».
B) Ερεθίσματα και πληροφορίες για τη συζήτηση βρίσκονται στην ενότητά 7.3 «Η φροντίδα και υποστήριξη του οικογενειακού φροντιστή».

Κριτήριο Αξιολόγησης 5

Συζητήστε για κάθε πρόταση εάν είναι σωστή ή λανθασμένη και γιατί.

1. Η ανακουφιστική φροντίδα παρέχεται μόνο σε ασθενείς με καρκίνο και στις οικογένειές τους.
2. Ο χώρος παροχής της ανακουφιστικής φροντίδας είναι το σπίτι.
3. Όλοι οι επαγγελματίες υγείας από τη βασική τους εκπαίδευση μπορούν να παρέχουν βασική ανακουφιστική φροντίδα.
4. Στο τελικό στάδιο της νόσου είναι σημαντικό τα μέλη να κατανοήσουν και να διαβεβαιωθούν ότι «έγιναν όλα όσα έπρεπε να γίνουν» από μέρους τους και δεν εγκατέλειψαν τον/την αγαπημένο/-η τους.
5. Τα μέλη της οικογένειας ενθαρρύνονται να επικοινωνούν και να μοιράζονται απόψεις και συναισθήματα, διότι έτσι ενισχύεται το αίσθημα της ομάδας και βελτιώνεται η συμμετοχή τους στη διαδικασία της φροντίδας ή και του θανάτου.
6. Ο βασικός τρόπος για την ανακούφιση του «υποφέρειν» του ασθενούς είναι ανακούφιση των συμπτωμάτων.
7. Η ανακουφιστική φροντίδα έχει ως αφετηρία της την ανάπτυξη μιας θεραπευτικής σχέσης και αποτελεσματικής επικοινωνίας μεταξύ του επαγγελματία υγείας και της οικογένειας.
8. Η βοήθεια των μελών της οικογένειας να αναγνωρίσουν και να κατανοήσουν τις επιλογές στην κλινική φροντίδα είναι ένας τρόπος ενδυνάμωσής τους.
9. Στο πλαίσιο της προετοιμασίας για τον θάνατο του/της αγαπημένου/-ης και την καλύτερη αποδοχή του θανάτου του/της είναι σημαντικό τα μέλη της οικογένειας να συνειδητοποιήσουν ότι δεν υπάρχει ελπίδα.
10. Η υποστήριξη της οικογένειας στο πλαίσιο της ανακουφιστικής φροντίδας αφορά πρωταρχικά τη βοήθειά τους στην επιτέλεση του ρόλου τους στη φροντίδα του/της αγαπημένου/-ης τους, όπως, επίσης, και στην υποστήριξη των δικών τους αναγκών.

Απάντηση/Λύση

- | | |
|------|-------|
| 1. Λ | 6. Λ |
| 2. Λ | 7. Σ |
| 3. Σ | 8. Σ |
| 4. Σ | 9. Λ |
| 5. Σ | 10. Σ |

Κεφάλαιο 9 Νοσηλευτική αξιολόγηση και φροντίδα οικογένειας με άρρωστο παιδί

Σύνοψη

Η παροχή νοσηλευτικής φροντίδας στην κοινότητα είναι συνυφασμένη με τη φροντίδα και υποστήριξη της οικογένειας με άρρωστο παιδί. Ανεξάρτητα από την ηλικία του παιδιού που νοσεί και ανεξάρτητα από τη νόσο (χρόνια, οξεία, αναπηρία κ.ά.), φαίνεται ότι η κατάσταση ενός παιδιού που νοσεί δημιουργεί κρίση στην οικογένεια, αποσυντονίζει και αποδιοργανώνει την ίδια και τα μέλη της. Ο νοσηλευτής στο πλαίσιο της φροντίδας του παιδιού που νοσεί και της οικογένειας θέτει στο επίκεντρο τις ανάγκες όλων των μελών και ετοιμάζει το σχέδιο φροντίδας, αξιοποιώντας τα δυνατά σημεία της οικογένειας, τους λειτουργικούς μηχανισμούς αντιμετώπισης και εμπλέκοντας την ίδια στη λήψη αποφάσεων. Απώτερος σκοπός είναι η προσαρμογή στη νέα κατάσταση και προαγωγή της αυτοφροντίδας, τα οποία επιτυγχάνονται με την ανάληψη ποικιλίας ρόλων και τη διεξαγωγή πληθώρας νοσηλευτικών παρεμβάσεων.

Προαπαιτούμενη γνώση

Πολύ καλή γνώση των εννοιών και των θεμάτων των Κεφαλαίων 1 και 2 του συγγράμματος. Η πολύ καλή γνώση σε θέματα που άπτονται της παιδιατρικής νοσηλευτικής είναι προαπαιτούμενη για την κατανόηση του κεφαλαίου.

Γλωσσάριο επιστημονικών όρων

Γονικό (ή γονεϊκό) στιλ	Παχυσαρκία
Κακοποίηση	Πρότυπα φροντίδας και άσκησης στην παιδιατρική νοσηλευτική
Μετάβαση από το νοσοκομείο στο σπίτι	Τραύματα
Παιδί με χρόνια νόσημα και οικογένεια	Φροντίδα με επίκεντρο την οικογένεια
Παιδί στο νοσοκομείο και οικογένεια	Φροντίδα παιδιού
Παππούς και γιαγιά	

Εισαγωγή

Στα καθήκοντα της οικογένειας περιλαμβάνονται η ανατροφή των παιδιών ώστε αυτά να είναι υγιή, υπεύθυνα, δημιουργικά και κοινωνικοποιημένα, όπως επίσης και η ανάπτυξη συμπεριφορών που προάγουν την υγεία αλλά και η φροντίδα των παιδιών στην περίοδο της ασθένειας.

Οι νοσηλευτές στο πλαίσιο της κατ' οίκον επίσκεψης ή του ρόλου τους ως σχολικών ή κοινοτικών νοσηλευτών μπορούν να υποστηρίξουν την οικογένεια στην προαγωγή της υγείας των μελών της, στην πρόληψη της ασθένειας και την αντιμετώπισή της. Ο τρόπος ζωής της οικογένειας επηρεάζει τις απόψεις των παιδιών για την υγεία και την εμπειρία της ασθένειας, αλλά και ο τρόπος ζωής της οικογένειας επηρεάζεται από την υγεία ή την ασθένεια των παιδιών.

Οι οικογένειες είναι ομάδες με μοναδικά χαρακτηριστικά, όπως έχει προαναφερθεί, όσον αφορά τη δομή, τη λειτουργία, τους ρόλους, τις πρακτικές/καθημερινότητα, τις σχέσεις, τις αναμνήσεις, τις επιθυμίες και τα επιτεύγματα και τα πολιτισμικά χαρακτηριστικά. Οι αλλαγές στη δομή και στη λειτουργία μιας οικογένειας επηρεάζονται και αλληλεπιδρούν με αυτά τα χαρακτηριστικά.

Σκοπός του κεφαλαίου είναι να παρουσιάσει βασικές διαστάσεις στη φροντίδα της οικογένειας με άρρωστο παιδί² στην κοινότητα.

² Στο παρόν κεφάλαιο γίνεται χρήση του όρου παιδί/-ά δηλώνοντας ταυτόχρονα και το υγιές και το/τα άρρωστο/-α παιδί/-ά. Όταν υπάρχει λόγος αναφοράς στο άρρωστο παιδί, τότε αυτό προσδιορίζεται.

9.1 Φροντίδα με επίκεντρο την οικογένεια

Η φροντίδα με επίκεντρο την οικογένεια (family-centered care) εκδηλώνεται ως απάντηση στην υπευθυνότητα της οικογένειας για φροντίδα της υγείας των μελών.

Η φροντίδα με επίκεντρο την οικογένεια μπορεί θεωρητικά να οριστεί ως μια φιλοσοφία φροντίδας, η οποία αναγνωρίζει την οικογένεια ως επίκεντρο στη ζωή του ασθενούς, βλέπει τον ασθενή μέσα στο πλαίσιο της μοναδικότητας της οικογένειάς του/της και υποστηρίζει τα μέλη της οικογένειας στον ρόλο τους ως φροντιστές. Οι λειτουργικοί ορισμοί επικεντρώνονται σε μια συνεργασία όπου οι πάροχοι φροντίδας υγείας, όπως οι νοσηλευτές και τα μέλη της οικογένειας, συνεργάζονται για να αναπτύξουν το σχέδιο φροντίδας, να διαπραγματευτούν τη φροντίδα των ασθενών, να λαμβάνουν αποφάσεις που αφορούν τη φροντίδα υγείας και να αξιολογούν συνεχώς τη φροντίδα που παρέχεται στον ασθενή.

Smith, 2018

Βασικές αρχές της φροντίδας με επίκεντρο την οικογένεια είναι:

1. Αναγνώριση της οικογένειας ως σταθερού σημείου αναφοράς στη ζωή των παιδιών, ενώ οι επαγγελματίες υγείας εμπλέκονται περιοδικά.
2. Συνεργασία οικογένειας - επαγγελματία υγείας: συνεργασία στη φροντίδα του παιδιού, στην ανάπτυξή του, στη δημιουργία πολιτικών δράσης προς όλα τα επίπεδα (σπίτι, νοσοκομείο, κοινότητα).
3. Επικοινωνία οικογένειας - επαγγελματία υγείας: ανταλλαγή πληροφοριών σε κλίμα εμπιστοσύνης με σκοπό την υποστήριξη.
4. Αναγνώριση και σεβασμός στην πολιτισμική διαφορετικότητα των οικογενειών: διαφορετικότητα εθνική, φυλετική, κοινωνική, οικονομική, εκπαιδευτική και γεωγραφική, ενδυνάμωση και διατήρηση της ταυτότητας της οικογένειας.
5. Διαφορετικότητα ως προς την αντιμετώπιση καταστάσεων και υποστήριξη: αναγνώριση και σεβασμός στον τρόπο ζωής, υποστήριξη της οικογένειας να αντιμετωπίσει τις ανάγκες της σε αναπτυξιακό, εκπαιδευτικό, οικονομικό, περιβαλλοντικό επίπεδο και στην πνευματική, κοινωνική, συναισθηματική της διάσταση.
6. Υποστήριξη και ενθάρρυνση της οικογένειας να αλληλοεπιδρά με άλλα δίκτυα.
7. Ειδικές υπηρεσίες και υποστήριξη: υποστήριξη της οικογένειας με παιδί με ειδικά προβλήματα, προσβάσιμη, ευέλικτη και αποτελεσματική φροντίδα στο νοσοκομείο, στο σπίτι, στην κοινότητα.
8. Ολιστική προσέγγιση: αναγνώριση της προσωπικότητας των μελών της οικογένειας, των δυνατών σημείων της, των ενδιαφερόντων, των συναισθημάτων, των φιλοδοξιών της πέρα από τα προβλήματα υγείας.

Στη συνεργασία οικογένειας και επαγγελματία υγείας για τη φροντίδα του άρρωστου παιδιού υπάρχουν διαφορετικές απόψεις όσον αφορά τον βαθμό εμπλοκής και τους ρόλους του καθενός. Οι Shields et al. (2006) χαρακτηρίζουν τη φροντίδα ως μια διαπραγμάτευση μεταξύ γονέων και επαγγελματιών υγείας.

9.2 Βασικά σημεία στη νοσηλευτική φροντίδα οικογένειας με άρρωστο παιδί

Η νοσηλευτική φροντίδα μιας οικογένειας με άρρωστο παιδί προϋποθέτει την κατανόηση και τον προσδιορισμό από τον νοσηλευτή των παραγόντων που μπορούν να επηρεάσουν την υγεία της οικογένειας και των μελών της. Συγκεκριμένα, κρίνεται σκόπιμο να προσδιοριστούν:

Η πορεία της οικογένειας

Η πορεία της οικογένειας είναι μια δυναμική διαδικασία αλλαγών, η οποία διαδραματίζεται κατά τη διάρκεια της ζωής της ομάδας που χαρακτηρίζεται «Οικογένεια». Η πορεία αυτή περιλαμβάνει στάδια, καθήκοντα και μεταβολές/επιχειρούμενες λύσεις. Περιλαμβάνει αναμενόμενες αναπτυξιακές μεταβολές αλλά και απροσδόκητες αλλαγές, όπως οι καταστάσεις κρίσης (διαζύγιο, θάνατος, υιοθεσία κ.ά.). Η πορεία της οικογένειας περιλαμβάνει τα στάδια ανάπτυξης που περνά η οικογένεια.

Τα στάδια ανάπτυξης της οικογένειας

Η επίγνωση των σταδίων ανάπτυξης της οικογένειας συμβάλλει στην οργάνωση της φροντίδας και στην αντιμετώπιση των προβλημάτων ανάλογα με το στάδιο και τα χαρακτηριστικά του. Τα στάδια ανάπτυξης της οικογένειας είναι:

- ξεκίνημα της οικογένειας (γάμος),
- παιδιά στην πρώιμη ηλικία (το μεγαλύτερο παιδί είναι νήπιο),
- παιδιά προσχολικής ηλικίας (το μεγαλύτερο παιδί είναι 2,5-5 ετών),
- παιδιά στην εφηβεία,
- ξεκίνημα νέας οικογένειας (τα παιδιά φεύγουν από την πατρική εστία),
- οικογένεια μέσης ηλικίας (συζυγική δυάδα έως τη σύνταξη),
- γηράσκουσα οικογένεια.

Τα καθήκοντα της οικογένειας

Κάθε στάδιο ανάπτυξης της οικογένειας διέπεται από λειτουργίες και εξελικτικά καθήκοντα απαραίτητα για τη συνέχεια της οικογένειας και την επιβίωσή της, όπως η προστασία, όπου περιλαμβάνει στέγη, τροφή και ένδυση, η ανάπτυξη συναισθηματικά υγιών μελών, ώστε να μπορούν να αντιμετωπίζουν τις κρίσεις, η κοινωνικοποίηση στο σχολείο, η δουλειά, η κοινότητα, η διαγενεακή επαφή, η προαγωγή της υγείας των μελών και η φροντίδα τους στην ασθένεια.

Σκοπός των νοσηλευτών είναι να υποστηρίξουν την οικογένεια να ασκεί τα καθήκοντά της με τον καλύτερο δυνατό τρόπο, να προάγουν την υγεία της, να συμβάλλουν στην πρόληψη ή και διαχείριση της ασθένειας.

Αλλαγές στη ζωή της οικογένειας

Οι αλλαγές στην οικογένεια είναι καθοριστικές στη νοσηλευτική της οικογένειας, καθώς επηρεάζουν την υγεία των μελών ξεχωριστά και της οικογένειας ως μονάδας. Οι αλλαγές στη ζωή της οικογένειας προσδιορίζουν την έναρξη της ανάγκης επαναπροσδιορισμού των ρόλων και των καθηκόντων και ταυτόχρονα της ανάγκης παρέμβασης των κοινοτικών νοσηλευτών (κατ' οίκον φροντίδα, σχολικός νοσηλευτής), καθώς οι αλλαγές αυτές λειτουργούν ως παράγοντες κινδύνου για την υγεία των μελών, και συνεπώς ως παράγοντες πρόκλησης κρίσης στην οικογένεια.

Οι αναπτυξιακές αλλαγές είναι προβλεπόμενες αλλαγές που συμβαίνουν σε μια οικογένεια καθώς αυτή διέρχεται στα διάφορα στάδια ανάπτυξης, όπως η γέννηση ενός παιδιού. Οι αλλαγές κατάστασης περιλαμβάνουν τις τροποποιήσεις στις σχέσεις, τους ρόλους, το περιβάλλον, τις ικανότητες. Μόνο κάποιες οικογένειες βιώνουν τέτοιες αλλαγές, όπως το διαζύγιο, ο δεύτερος γάμος, η μετακόμιση από ένα σπίτι σε άλλο, η αλλαγή εργασιακού περιβάλλοντος ή σχολείου, η μετανάστευση, οι φυσικές καταστροφές.

Κάθε μεταβολή της υγείας ή η εμφάνιση μιας ασθένειας ενός μέλους τροποποιούν τις συμπεριφορές όλων των μελών μέσα στην εμπειρία της ασθένειας. Για παράδειγμα, ένα παιδί με άσθμα μέσα στη οικογένεια σημαίνει επαναπροσδιορισμό των καθηκόντων κατά την περίοδο νοσηλείας και εκμάθηση νέων δεξιοτήτων φροντίδας αντιμετώπισης των κρίσεων στο σπίτι.

Αξίζει να σημειωθεί ότι για την επίτευξη της παροχής ολιστικής φροντίδας για το παιδί και την οικογένεια απαραίτητες προϋποθέσεις είναι η διεπιστημονική συνεργασία και συντονισμένη προσπάθεια των μελών της διεπιστημονικής ομάδας για την αντιμετώπιση των αναγκών και την επίτευξη των σκοπών του σχεδίου φροντίδας.

9.3 Νοσηλευτική φροντίδα παιδιών και οικογένειας στην κοινότητα

Η οικογένεια βρίσκεται σε μια συνεχή και δυναμική αλληλοεπίδραση με το ευρύτερο περιβάλλον.

Ο ρόλος της οικογένειας στην προαγωγή υγείας των παιδιών είναι κάτι πολύ παραπάνω από την προστασία της υγείας, την ευεξία, την ανάπτυξη και τη μείωση των επικίνδυνων συμπεριφορών. Είναι να διδάξει στο παιδί να συμπεριφέρεται με τρόπους που προάγουν την υγεία του, ενθαρρύνοντας την ενεργητική συμμετοχή του στη φροντίδα υγείας, παρέχοντας πληροφόρηση και παροτρύνοντας σε υγιείς προσωπικές επιλογές.

Christensen, 2004

Οι κοινοτικοί νοσηλευτές (της υπηρεσίας κατ' οίκον νοσηλείας, σχολικοί νοσηλευτές, του κέντρου υγείας) έχουν πλέον τη δυνατότητα να παρέχουν φροντίδα υγείας στο σπίτι σε παιδιά με απλά ή σύνθετα προβλήματα υγείας και στις οικογένειές τους. Παράγοντες όπως η σοβαρότητα του νοσήματος, η προηγούμενη εμπειρία της οικογένειας από την ιατρονοσηλευτική φροντίδα, καθώς και οι διαγνωστικές και θεραπευτικές διαδικασίες, όπως επίσης και η διάθεση υπηρεσιών για την υποστήριξη και φροντίδα στην κοινότητα, είναι καθοριστικοί παράγοντες για τις αντιδράσεις των γονέων και την ποιότητά της φροντίδας που θα λάβουν.

Σημαντικές εκβάσεις/αποτελέσματα από τη φροντίδα των παιδιών και της οικογένειας στην κοινότητα είναι: α) η επίγνωση των γονέων για την κατάσταση της υγείας και των αναγκών υγείας του παιδιού τους, β) η ενθάρρυνση και υποστήριξη των γονέων από τους επαγγελματίες υγείας ως προς την εκπλήρωση του γονικού τους ρόλου, γ) οι διαταραχές της υγείας ανιχνεύονται αμέσως και κατευθύνονται προς την κατάλληλη υποστήριξη, δ) οι γονείς κατανοούν τα υποστηρικτικά δίκτυα και υπηρεσίες που υπάρχουν στη διάθεσή τους και τα αξιοποιούν, ε) οι γονείς κατανοούν και συμμετέχουν στην παρακολούθηση της ανάπτυξης των παιδιών και της οικογένειας, δίνουν ερεθίσματα και την υποκινούν, στ) οι γονείς έχουν αναπτύξει δεξιότητες αναγνώρισης και αντιμετώπισης των αναπτυξιακών αναγκών των παιδιών, και ζ) οι γονείς έχουν δυνατότητα πρόσβασης σε πηγές υποστήριξης και κατάλληλες κοινοτικές υπηρεσίες.

Η ανάγκη για τη φροντίδα της οικογένειας και του άρρωστου παιδιού στο σπίτι επιβεβαιώνει για άλλη μια φορά την ανάγκη συγκέντρωσης στο προφίλ του κατ' οίκον νοσηλευτή αφενός γνώσεων και δεξιοτήτων ενός κοινοτικού νοσηλευτή, σύμφωνα με τη φιλοσοφία της φροντίδας υγείας στην κοινότητα, και αφετέρου ενός νοσηλευτή ειδικότητας και, στη συγκεκριμένη περίπτωση, της ειδικότητας τους παιδιατρικού νοσηλευτή, σύμφωνα με τα συγκεκριμένα πρότυπα φροντίδας. Στον Πίνακα 9.1 παρουσιάζονται επιγραμματικά τα πρότυπα φροντίδας και άσκησης της Παιδιατρικής Νοσηλευτικής, όπως αυτά επαναπροσδιορίστηκαν και δημοσιεύτηκαν το 2015 από τον American Nurses Association.

Πίνακας 9.1 Πρότυπα φροντίδας και άσκησης στην Παιδιατρική Νοσηλευτική.

<u>Πρότυπα φροντίδας:</u>	<u>Πρότυπα άσκησης της Νοσηλευτικής:</u>
1. Αξιολόγηση	1. Ηθική
2. Διάγνωση	2. Εκπαίδευση
3. Προσδιορισμός εκβάσεων	3. Επιστημονικά τεκμηριωμένη πρακτική και έρευνα
4. Σχεδιασμός	4. Ποιότητα φροντίδας
5. Εφαρμογή	5. Επικοινωνία
a. Συντονισμός της φροντίδας	6. Ηγεσία
b. Αγωγή και προαγωγή της υγείας	7. Συνεργασία
c. Συμβουλευτική	8. Εκτίμηση επαγγελματικής πρακτικής
d. Συνταγογράφηση (φάρμακα, διαδικασίες, παραπομπές, θεραπείες – όλα τα προαναφερθέντα σύμφωνα με την κείμενη νομοθεσία)	9. Αξιοποίηση πόρων
6. Εκτίμηση	10. Περιβαλλοντική υγεία
	11. Συνηγορία

9.3.1 Επικοινωνία με την οικογένεια

Η ανάπτυξη θεραπευτικής επικοινωνίας μεταξύ των επαγγελματιών υγείας και της οικογένειας είναι απαραίτητη προϋπόθεση για την αποτελεσματικότητα των παρεμβάσεων. Η ανάπτυξη θεραπευτικής επικοινωνίας προϋποθέτει:

- Συμπερίληψη όλων των μελών της οικογένειας στη συνάντηση με τον νοσηλευτή της οικογένειας και επικοινωνία.
- Ο νοσηλευτής της οικογένειας συστήνει τον εαυτό του και προτρέπει όλα τα μέλη να κάνουν το ίδιο, και κυρίως τα παιδιά.
- Συζήτηση ανοικτή και άμεση με τους γονείς.
- Συζήτηση με τα παιδιά ανάλογα με το στάδιο ανάπτυξής τους (τροποποίηση του τρόπου επικοινωνίας, του περιεχόμενου του μηνύματος, το λεξιλόγιο).
- Ο νοσηλευτής της οικογένειας δίνει μια περιγραφή του εαυτού του στα παιδιά, ως νοσηλευτής και ως άνθρωπος, και προτρέπει και εκείνα με τη σειρά τους να κάνουν το ίδιο.
- Πρόσκληση στα παιδιά να εκφράσουν τη γνώμη τους, επιβεβαίωση ότι η γνώμη τους λαμβάνεται υπόψη και επίδειξη αληθινού ενδιαφέροντος για αυτήν. Αναφέρεται ότι τα παιδιά επιθυμούν να συμβουλευονται για τις αποφάσεις τους που αφορούν την υγεία αλλά επιθυμούν και σεβασμό στις δικές τους απόψεις.
- Έκφραση ερωτήσεων, όπως «*τι θεωρούν καλό...*», «*ποιες οι προσωπικές τους εμπειρίες για...*».
- Χρησιμοποίηση της ζωγραφικής και του παιχνιδιού για την επικοινωνία μαζί τους («*ας ζωγραφίσουμε την οικογένειά μας...*», «*ας ζωγραφίσουμε το νοσοκομείο...*»).
- Ενθάρρυνση της οικογένειας να προσδιορίσουν τα δυνατά τους σημεία.

9.3.2 Υποστήριξη ανάπτυξης του γονικού ρόλου και της λειτουργικότητας της οικογένειας

Κατά τη διαδικασία ανάπτυξης και ανατροφής των παιδιών οι πρακτικές, οι συμπεριφορές και οι ενέργειες των γονέων αποσκοπούν στην ανάπτυξη και κοινωνικοποίηση του παιδιού. Οι γονικές πρακτικές αφορούν πρακτικές, μηχανισμούς και συγκεκριμένες συμπεριφορές που μεταχειρίζονται οι γονείς προς τα παιδιά τους με σκοπό αυτά να κοινωνικοποιηθούν και να επιτύχουν τους στόχους τους, όπως για παράδειγμα, όταν στόχος είναι η σχολική επιτυχία, οι γονείς βοηθούν τα παιδιά στο σπίτι να διαβάσουν δημιουργώντας κατάλληλες συνθήκες.

Η γονική τυπολογία ή γονικό στιλ (parenting style) αφορά τις στάσεις και συμπεριφορές που έχει ένας γονέας απέναντι στο παιδί του. Στο σύνολό τους αυτές οι στάσεις και συμπεριφορές δημιουργούν ένα κλίμα μέσα στο οποίο λαμβάνει χώρα η ανάπτυξη του παιδιού. Περιλαμβάνουν τις γονικές πρακτικές, καθώς και τρόπους και χαρακτηριστικά, όπως τόνος φωνής, γλώσσα σώματος, ξεσπάσματα θυμού, τρυφερότητα, αμέλεια, φροντίδα. Το γονικό στιλ καθορίζεται από τον βαθμό απαιτητικότητας των γονέων. Ο τύπος των γονέων επηρεάζει την ψυχολογική ανάπτυξη, την προσωπικότητα, την ευεξία, τις ακαδημαϊκές επιδόσεις, τη συμπεριφορά του παιδιού. Συγκεκριμένα, διακρίνονται τα ακόλουθα γονικά στιλ:

- Οι υποστηρικτικοί/δημοκρατικοί γονείς είναι στοργικοί, ανταποκρίνονται με ευαισθησία στις ανάγκες του παιδιού, υποστηρίζουν την ανάγκη του παιδιού να εξερευνήσει τον κόσμο γύρω του, έχουν λογικές απαιτήσεις, ενθαρρύνουν την προσπάθεια, έχουν υψηλές αξίες, θέτουν όρια και κανόνες, είναι σταθεροί στις απόψεις τους, επιβάλλουν τιμωρία εάν το κρίνουν σκόπιμο και πρόσφορο.
- Οι αυταρχικοί γονείς (authoritarian style) δεν είναι στοργικοί και απαντητικοί, είναι καταπιεστικοί, με αυστηρά πρότυπα και απαιτούν αναντίρρητη υπακοή, είναι αυστηροί, με πολλές απαιτήσεις, αδιάλλακτοι, δεν δίνουν εξηγήσεις και δεν επικοινωνούν. Συχνά, όταν δεν ικανοποιούνται οι επιθυμίες τους, γίνονται τιμωρητικοί, καταπιεστικοί και καταναγκαστικοί προς τα παιδιά τους.
- Οι ανεκτικοί γονείς (permissive style) είναι μέτριοι ως προς την ανταπόκριση, έχουν λίγες απαιτήσεις, είναι πολύ επιεικείς, ανεκτικοί, δεν είναι καθοδηγητικοί, δεν θέτουν όρια, δεν τιμωρούν, δεν ασκούν έλεγχο, συντάσσονται με τις παρορμήσεις. Οι ανεκτικοί γονείς μπορεί να είναι επιτρεπτικοί/επιεικείς (indulgent), οι οποίοι αποδέχονται τα παιδιά τους, σέβονται την αυτονομία τους, αλλά δεν έχουν

απαιτήσεις και δεν ασκούν έλεγχο ή να είναι επιτηρητικοί/αδιάφοροι (neglectful), οι οποίοι δεν είναι στοργικοί, ούτε απαιτητικοί, δεν εμπλέκονται στη ζωή των παιδιών, δεν θέτουν όρια.

Το γονικό στιλ επηρεάζεται από ποικίλους παράγοντες, όπως ενδεικτικά η σχέση μεταξύ του ζευγαριού, η κοινωνική υποστήριξη, τα χαρακτηριστικά της προσωπικότητας του παιδιού και των γονέων, το γονικό άγχος, καθώς και άλλους παράγοντες, και επηρεάζει ποικιλοτρόπως τα παιδιά, όπως την προσαρμοστικότητά τους, την ψυχοκοινωνική τους υγεία και τις γνωστικές ικανότητές τους, τη συναισθηματική σταθερότητά τους. Συνεπώς, είναι σημαντικό οι γονείς:

- να είναι ενήμεροι για τα στιλ ανατροφής των παιδιών,
- να προβληματίζονται για το «πώς θέλετε να είστε ως γονείς;»,
- να συνεργάζονται, ώστε να ενεργούν ως μονάδα,
- να διευκρινίζουν απόψεις και συμπεριφορές για την προαγωγή της υγείας,
- να ενημερώνονται για τους τρόπους άσκησης πειθαρχίας.

Ενδεικτικές νοσηλευτικές παρεμβάσεις περιλαμβάνουν συζήτηση για την ανάπτυξη του παιδιού, διερεύνηση των συναισθημάτων των γονέων, αλληλεπιδράσεις μεταξύ των παιδιών, αρνητικές συμπεριφορές των παιδιών.

9.3.3 Κατανόηση και συνεργασία στην καθημερινότητα της οικογένειας

Η καθημερινότητα της οικογένειας είναι αυτή που δημιουργεί σταθερότητα και προσδίδει νόημα στη ζωή της. Ο κοινοτικός νοσηλευτής, ο κατ' οίκον νοσηλευτής, χρειάζεται:

- να βοηθά την οικογένεια να εντάσσει στην καθημερινότητά της συμπεριφορές προαγωγής της υγείας σε επίπεδο, σωματικό, συναισθηματικό, νοητικό,
- να επιβεβαιώνει τις θετικές συμπεριφορές που προάγουν την υγεία,
- να ενημερώνει για τις θετικές συμπεριφορές που προάγουν την υγεία,
- να παρατηρεί τις καθημερινές συνήθειες της οικογένειας και να εντάσσει ή να προάγει την τροποποίηση συμπεριφορών,
- να σέβεται και να έχει επίγνωση της καθημερινότητας της οικογένειας.

9.3.4 Φροντίδα του παιδιού

Ένας από τους ρόλους-καθήκον της οικογένειας είναι να παρέχει υποστήριξη για την εξασφάλιση του φαγητού και της κατοικίας και την κάλυψη των βασικών αναγκών των παιδιών για ασφάλεια, όπως και να δημιουργεί και διατηρεί ένα κατάλληλο περιβάλλον για την ανάπτυξή τους. Όμως, συχνά, ο σκοπός της οικογένειας έρχεται σε αντίθεση με τις επιθυμίες των παιδιών, όπως όταν ο γονέας πρέπει να εργαστεί και το παιδί επιθυμεί να παίξει ή θέλει φροντίδα. Όταν οι γονείς εργάζονται, τη φροντίδα των παιδιών αναλαμβάνει ο άλλος γονέας, οι παππούδες και οι γιαγιάδες, άλλοι συγγενείς, άλλα πρόσωπα με αμοιβή, εκπαιδευμένοι ή μη για την ανάληψη ρόλων φροντίδας των παιδιών. Στις περιπτώσεις αυτές, ο κοινοτικός νοσηλευτής κρίνεται σκόπιμο:

- να βοηθήσει την οικογένεια να προσδιορίσει το είδος της φροντίδας που επιθυμεί για το παιδί της,
- να παρέχει πληροφορίες για το τι πρέπει να περιμένουν οι γονείς από το πρόσωπο στο οποίο αναθέτουν τη φροντίδα του παιδιού τους και πώς μπορούν να επιλέξουν κάποιον για τη φροντίδα του,
- να ενημερωθεί για τις δραστηριότητες των παιδιών μέσα και έξω από το σπίτι,
- να αξιολογήσει την καταλληλότητα των δραστηριοτήτων του νοσούντος παιδιού σε συνδυασμό με το πρόβλημα υγείας,
- να παρέχει πληροφορίες για τις ασθένειες που μπορούν να αντιμετωπιστούν στο σπίτι και όσες χρειάζονται εξειδικευμένη φροντίδα, και στην περίπτωση του άρρωστου παιδιού για τον χρόνο στον οποίο το παιδί μπορεί να επιστρέψει στις καθημερινές του συνήθειες, τη διαθεσιμότητα των επαγγελματιών υγείας για τη φροντίδα, τους κανόνες συνταγογράφησης φαρμάκων και λήψης φαρμάκων, προετοιμασίας του φαγητού, τις συνήθειες του φαγητού κ.ά.,
- να ενθαρρύνει τους γονείς να αξιολογούν την εκπαίδευση του παιδιού,

- να ενθαρρύνει τους γονείς να συμμετέχουν στην εκπαιδευτική διαδικασία (στρατηγικές μάθησης, βοήθεια, συνεργασία με τους δασκάλους),
- να επιστράτη την προσοχή των γονέων στους κινδύνους που υπάρχουν όταν τα παιδιά μένουν μόνα στο σπίτι και δεν έχουν την επίβλεψη και υποστήριξη του γονέα (τραυματισμοί, μοναξιά, φόβοι, εγκληματικότητα, σεξουαλική δραστηριότητα, εγκυμοσύνη).

9.3.5 Γιαγιάδες/Παππούδες και προαγωγή της υγείας

Τα σύγχρονα κοινωνικά και οικονομικά δεδομένα σχεδόν επιβάλλουν και οι δύο γονείς να εργάζονται, με αποτέλεσμα συχνά τη φροντίδα των παιδιών να αναλαμβάνουν οι γιαγιάδες και οι παππούδες. Στο νέο αυτό πλαίσιο της οικογένειας ο κοινοτικός νοσηλευτής, ο κατ' οίκον νοσηλευτής, χρειάζεται:

- να συμπεριλαμβάνει τους γονείς των γονέων (παππούδες, γιαγιάδες) στις συναντήσεις της οικογένειας και στις παρεμβάσεις,
- να αναγνωρίζει τη σημαντική υποστήριξη που παρέχουν, για παράδειγμα, σε περιπτώσεις διαζυγίου, ασθένειας κ.ά.,
- να αναγνωρίζει και αξιολογεί την υποστήριξη που παρέχουν σε περιπτώσεις που αναλαμβάνουν πλήρως τη φροντίδα του παιδιού,
- να διδάσκει υγιείς συμπεριφορές και συμπεριφορές που προάγουν την υγεία,
- να ενημερώνει για τις πηγές της κοινότητας οι οποίες μπορούν να προσφέρουν υποστήριξη,
- να συζητά την εμπειρία τους από τη φροντίδα των εγγονών,
- να συζητά στρατηγικές φροντίδας των παιδιών,
- να ενημερώνει για στρατηγικές αυτοφροντίδας και τεχνικές μείωσης της επιβάρυνσης από τον ρόλο του φροντιστή.

9.3.6 Παράγοντες κινδύνου για την υγεία των παιδιών

Η άμεση σχέση της συμπεριφοράς ενός ατόμου με την υγεία και την ασθένεια κατευθύνει τη νοσηλευτική παρέμβαση προς τον καθορισμό και την παροχή πληροφοριών για παρεμβάσεις/μέτρα τα οποία μειώνουν τους παράγοντες κινδύνου που σχετίζονται με τη νοσηρότητα και θνησιμότητα των παιδιών. Θα ακολουθήσει μια σύντομη αναφορά σε παρεμβάσεις του νοσηλευτή οι οποίες έχουν στόχο την αναγνώριση των παραγόντων κινδύνου για την υγεία και ασφάλεια των παιδιών και την ανάπτυξη μέτρων για την πρόληψή τους.

9.3.6.1 Τραύματα από ελλιπή επίβλεψη

Ιδιαίτερα συχνοί είναι οι τραυματισμοί από ελλιπή επίβλεψη από τη νηπιακή έως και την προσχολική ηλικία. Σε μεγαλύτερες ηλικίες (σχολική ηλικία, εφηβεία) οι τραυματισμοί μπορεί να οφείλονται στη μεταβατική γνωστική διαδικασία (αδυναμία κατανόησης του κινδύνου), στην παρόρμηση και στην απορρόφηση των παιδιών σε κάτι. Ο κοινοτικός νοσηλευτής, ενδεικτικά, χρειάζεται:

- να ενημερώνει την οικογένεια για το είδος, τη σοβαρότητα και συχνότητα των ατυχημάτων, ανάλογα με το αναπτυξιακό στάδιο του παιδιού,
- να ενημερώνει και προτρέπει την οικογένεια στη λήψη μέτρων για την πρόληψη των τραυματισμών (ασφάλεια στο νερό, στο αυτοκίνητο, στη μηχανή, στο σπίτι, πρόληψη κατάποσης δηλητηρίων, εγκαύματα κ.ά.),
- να ενημερώνει για τις υπηρεσίες αναζήτησης βοήθειας σε περίπτωση ανάγκης,
- να ενημερώνει για τις πρώτες βοήθειες που μπορούν να παρέχουν οι ίδιοι οι γονείς ανάλογα με την περίπτωση.

9.3.6.2 Παχυσαρκία

Η παιδική παχυσαρκία σχετίζεται με σημαντικά προβλήματα υγείας (σακχαρώδης διαβήτης τύπου 2, υπέρταση, υπερλιπιδαιμία, καρκίνος, άσθμα, κατάθλιψη, απόρριψη από τους συνομηλίκους). Παιδιά που είναι υπέρβαρα έχουν αυξημένη πιθανότητα να είναι υπέρβαροι και ως ενήλικες. Για τους λόγους αυτούς, ο κοινοτικός νοσηλευτής χρειάζεται να:

- να επισημαίνει του παράγοντες που ευνοούν την παιδική παχυσαρκία (καθιστική ζωή, τηλεόραση, απουσία άσκησης, κακή διατροφή κ.ά.),
- να συστήνει συνδυασμένες παρεμβάσεις (καλύτερη διατροφή στο σπίτι, στο σχολείο, υγιεινά γεύματα, άσκηση),
- να ενισχύει τους γονείς να αποτελούν οι ίδιοι πρότυπα υγιών συμπεριφορών για τα παιδιά τους (φυσική δραστηριότητα, σωστή διατροφή, ατομική υγιεινή, υγιεινή στοματικής κοιλότητας κ.ά.),
- να ενισχύει τους γονείς να διατυπώνουν ξεκάθαρα τις προσδοκίες τους για θέματα αυτοφροντίδας, διατροφής και δραστηριότητα,
- να προτείνει τρόπους διαχείρισης του προβλήματος (διατροφή υψηλής θρεπτικής αξίας, χαμηλής θερμιδικής αξίας, αποφυγή χρήσης τροφίμων ως ανταμοιβή, ενθάρρυνση λήψης πρωινού, συσχέτιση της άσκησης με τη διασκέδαση, μείωση χρόνου στην τηλεόραση, στο κομπιούτερ και στα βιντεοπαιχνίδια, αποφυγή προϊόντων με γλυκαντικές ουσίες, 1 ώρα φυσικής δραστηριότητας καθημερινά, γονείς πρότυπα συμπεριφοράς),
- να ενθαρρύνει τις κοινές οικογενειακές δραστηριότητες ή τη συμμετοχή σε κοινοτικές δράσεις που προάγουν την υγεία.

9.3.6.3 Παιδική κακοποίηση

Τα φαινόμενα παιδικής κακοποίησης γίνονται όλο και πιο συχνά σήμερα στο σπίτι, στο σχολείο, στις δραστηριότητες, και αφορούν παιδιά όλων των ηλικιών. Η σωματική κακοποίηση ορίζεται ως η εσκεμμένη πρόκληση τραυματισμού στο παιδί, όπως χτύπημα, τσίμπημα, κάψιμο, κλότσημα, από τον γονέα, τον αδερφό, άλλο παιδί ή ενήλικα. Η ψυχολογική κακοποίηση είναι η κακοποίηση παιδιών από εκμετάλλευση (παιδική πορνεία), απειλές (θα σε σκοτώσω!), απομόνωση. Ο νοσηλευτής, αλλά και κάθε άλλος επαγγελματίας υγείας, χρειάζεται να:

- να επαγρυπνεί για την αναγνώριση σημείων παιδικής κακοποίησης,
- να παρεμβαίνει αμέσως σε περίπτωση διαπίστωσης κακοποίησης,
- να προσδιορίζει και υπενθυμίζει τις ηθικές και νομικές ευθύνες των γονέων προς τα παιδιά τους,
- να παρατηρεί και αξιολογεί τυχόν αυξημένο κίνδυνο κακοποίησης, να διδάσκει θέματα ασφάλειας, καθώς και να προβαίνει στην ανάλογη παραπομπή,
- να αξιολογεί τους γονικούς παράγοντες (χαρακτηριστικά προσωπικότητας, κατάθλιψη, έλλειψη ελέγχου, ιστορικό κακοποίησης, απόψεις για το θέμα, μη ρεαλιστικές προσδοκίες από το παιδί κ.ά.),
- να αξιολογεί τους παράγοντες της οικογένειας (ανεργία, οικονομικά προβλήματα, κοινωνική απομόνωση, έντονες συζυγικές διαφορές κ.ά.),
- να αξιολογεί τους παράγοντες που σχετίζονται με το παιδί (ηλικία, ανικανότητα, χρόνια νόσος, δύσκολο ταπεραμέντο κ.ά.),
- να αξιολογεί τους παράγοντες του περιβάλλοντος (φτώχεια, ανεργία, κοινωνική απομόνωση κ.ά.),
- να προβαίνει σε παρεμβάσεις, όπως η ενίσχυση της επικοινωνίας με φίλους, η ενδυνάμωση του γονικού ρόλου, η διδασκαλία τεχνικών φροντίδας, η βοήθεια της οικογένειας που βρίσκεται σε κρίση, η διασύνδεση της οικογένειας με υπηρεσίες υγείας, πρόνοιας και ψυχικής υγείας, η υποστήριξη των γονέων.
- Στο πλαίσιο της αξιολόγησης, ερωτήσεις που μπορούν να γίνουν:
 - Πώς είναι τα πράγματα στο σπίτι ή υπάρχει θυμός, στρες και διαμάχη;
 - Είχε κάποιος στην οικογένεια προβλήματα με την αστυνομία ή πήγε φυλακή;
 - Υπάρχει κάποιος στο σπίτι ή στο κοντινό περιβάλλον που είναι αλκοολικός ή κάνει χρήση ναρκωτικών;
 - Υπάρχουν στο σπίτι όπλα ή μαχαίρια ;
 - Συνέβη κάτι σημαντικό το τελευταίο διάστημα στην οικογένεια (θάνατος, απώλεια εργασίας, ατύχημα);

- *Ποιες είναι οι καλές στιγμές στο σπίτι και ποιες οι κακές στιγμές;*
- *Υπάρχει κάποιος στην οικογένεια που ανησυχεί ότι το παιδί πιθανόν να κακοποιείται;*

9.4 Οικογένεια με παιδί με χρόνιο νόσημα

Οι γονείς είναι συνήθως προετοιμασμένοι να αντιμετωπίσουν οξεία προβλήματα όσον αφορά την υγεία των παιδιών και τη διαχείριση της κρίσης που αυτά προκαλούν, όμως ενδέχεται να χρειαστεί να αντιμετωπίσουν και ένα χρόνιο πρόβλημα υγείας των παιδιών τους, για το οποίο δεν είναι προετοιμασμένοι, βιώνουν αβεβαιότητα, έχει επίδραση στην ανάπτυξη του παιδιού και επηρεάζει τη ζωή όλης της οικογένειας. Στην περίπτωση αυτήν, η οικογένεια βιώνει κρίση και, ενδεικτικά, παρατηρούνται διαταραχές στη συνοχή της, συναισθηματικές επιπτώσεις στα μέλη της, αλλαγές στην κοινωνική ζωή της οικογένειας, αλλαγές στους ρόλους, ενδεχομένως εγκατάλειψη της εργασίας από τη μητέρα, μείωση του ελεύθερου χρόνου για όλα τα μέλη.

9.4.1 Προσδιορίζοντας το χρόνιο νόσημα

Ετερογένεια χαρακτηρίζει τα χρόνια νοσήματα στην παιδική ηλικία. Περιλαμβάνουν τα ιατρικά προβλήματα (όπως αλλεργίες, άσθμα, καρδιακή ανεπάρκεια, σακχαρώδη διαβήτη), την αναπηρία η οποία επηρεάζει την ανάπτυξη ή και σπάνια γενετικά σύνδρομα (όπως σύνδρομο Down, εγκεφαλική παράλυση, νοητική καθυστέρηση), τις συμπεριφορές υγείας και εκπαιδευτικές διαταραχές (όπως διαταραχή ελλειμματικής προσοχής και υπερκινητικότητας, αυτισμός, μαθησιακές δυσκολίες), τις κοινωνικο-συναισθηματικές καταστάσεις (όπως κατάθλιψη, άγχος), τις συνέπειες τραυμάτων ή επιπλοκές οξέων προβλημάτων (όπως παράλυση). Σε όλες τις περιπτώσεις, ο νοσηλευτής της κατ' οίκον φροντίδας υγείας χρειάζεται:

- να βοηθά την οικογένεια να κατανοήσει την πορεία της νόσου (ξαφνική ή σταδιακή έναρξη, χρονιότητα, υποτροπές, θάνατος, σταθερότητα ή προοδευτική εκφύλιση, βαθμός ανικανότητας),
- να βοηθά την οικογένεια να επαναπροσδιορίσει την ασθένεια και να εμπλακεί ενεργά στη διαχείρισή της,
- να ενθαρρύνει την κατανόηση της διαφορετικότητας των αναγκών των μικρών ασθενών ανάλογα με το χρόνιο πρόβλημα,
- να ενθαρρύνει την κατανόηση των συνεπειών του χρόνιου νοσήματος στη ζωή της οικογένειας και των μελών της.
- Στο πλαίσιο της αξιολόγησης μπορούν να διατυπωθούν ερωτήσεις όπως:
 - *Με ποιον τρόπο η κατάσταση περιορίζει την ικανότητα του παιδιού για την αυτοφροντίδα, π.χ. να ντυθεί;*
 - *Με ποιον τρόπο η κατάσταση επηρεάζει τις καθημερινές δραστηριότητες του παιδιού;*
 - *Ποιες οι ανάγκες για τη χρήση ειδικού τεχνολογικού εξοπλισμού, φαρμακευτικής αγωγής ή και τα δύο;*
 - *Με ποιον τρόπο η κατάσταση επηρέασε τις συνθήκες εργασίας των γονέων; Σταμάτησε κάποιος να εργάζεται;*
 - *Ποιες οι γνώσεις της οικογένειας για πρόσβαση σε εξειδικευμένες υπηρεσίες για την υποστήριξη της ίδιας; Ποιες είναι οι υπηρεσίες που προσδιορίζει;*
 - *Ποια είναι τα οικονομικά προβλήματα που προέκυψαν εξαιτίας την κατάστασης; Πώς τα διαχειρίζεται η οικογένεια; Υπάρχει ασφάλεια η οποία μπορεί να καλύψει, μερικώς η πλήρως, τα έξοδα που σχετίζονται με το πρόβλημα υγείας του παιδιού;*

Η επικοινωνία και ο προσδιορισμός του χρόνιου προβλήματος είναι μια διαδικασία η οποία εμπεριέχει συνεχείς συζητήσεις με την οικογένεια, ώστε η ίδια να έχει την ευκαιρία να κατανοήσει και να επεξεργαστεί τις πληροφορίες και αντίστοιχα να εκδηλώσει τις δράσεις της, όπως να ζητήσει επιπλέον πληροφόρηση και διευκρινίσεις.

9.4.2 Ο γονικός ρόλος στο παιδί με χρόνια νόσημα

Το παιδί με το πρόβλημα υγείας αγκαλιάζεται από τους γονείς, οι οποίοι μοιράζονται μαζί του τις ίδιες συνήθειες και την ιστορία της οικογένειας, μέσα στο ευρύτερο περιβάλλον της κοινότητας και στις υπηρεσίες υγείας. Οι απαιτήσεις σε χρόνο, ενέργεια, έξοδα προς τους γονείς συνήθως είναι υπερβολικές.

Για παράδειγμα, ο αριθμός των παιδιών που υποστηρίζονται από αναπνευστήρα, πλήρως ή μερικώς, στο σπίτι αυξάνεται αλματωδώς. Η δυνατότητά τους να μεγαλώσουν στο περιβάλλον του σπιτιού και όχι σε ένα ενδονοσοκομειακό περιβάλλον έχει θετικές συνέπειες στη σωματική, ψυχοσυναισθηματική, κοινωνική και γνωστική τους ανάπτυξη. Οι απαιτήσεις και συνέπειες της φροντίδας στο σπίτι είναι εξαιρετικά μεγάλες για τους γονείς και την οικογένεια. Στην ανασκόπηση των Falkson et al. (2015) περιγράφεται η εμπειρία των γονέων παιδιών με αναπνευστήρα στο σπίτι. Για τους γονείς ο αναπνευστήρας είναι το μηχάνημα που κρατά στη ζωή το παιδί τους· ωστόσο, εκτός από γονείς, οι ίδιοι γίνονται παράλληλα για το παιδί τους νοσηλευτές, θεραπευτές, τεχνικοί και διαχειριστές της φροντίδας εξαιτίας των πολλαπλών ρόλων που αναλαμβάνουν, βιώνουν απομόνωση αλλά βρίσκονται και παγιδευμένοι στη γραφειοκρατία και στην έλλειψη υπηρεσιών υποστήριξης, αναζητούν τη σταθερότητα στις εξαιρετικά ασταθείς συνθήκες που η κατάσταση υγείας του παιδιού και της οικογένειας προκαλεί, ενώ συχνά έρχονται αντιμέτωποι με ηθικά διλήμματα.

Παρόμοιο πλαίσιο εμπειριών βιώνουν οι γονείς παιδιών με χρόνια νόσημα. Οι Sullivan-Bolyai et al. (2003) αναφέρουν ότι τη φροντίδα του παιδιού με χρόνια νόσημα μπορούμε να τη διακρίνουμε σε φροντίδα που σχετίζεται με την ασθένεια, τη διατήρηση της οικογενειακής ζωής και στη φροντίδα του εαυτού. Σε αυτούς τους άξονες θα στοχεύει και η νοσηλευτική φροντίδα.

9.4.3 Φροντίδα που σχετίζεται με την ασθένεια

Η άμεση φροντίδα του παιδιού με χρόνια πρόβλημα υγείας αφορά τη διάθεση χρόνου από τους γονείς, την απόκτηση γνώσεων και εφαρμογή δεξιοτήτων φροντίδας ειδικών/τεχνικών και μη ειδικών/τεχνικών για την ικανοποίηση των αναγκών του παιδιού. Οι ειδικές/τεχνικές δεξιότητες περιλαμβάνουν τις διαδικασίες και την παρακολούθηση των αλλαγών στην πορεία της νόσου, όπως διαχείριση της φαρμακευτικής αγωγής, τη φροντίδα των καθετήρων, τη θερμομέτρηση, τη διαχείριση του αναπνευστήρα κ.ά. Οι μη ειδική/τεχνική φροντίδα περιλαμβάνει δεξιότητες όπως η σίτιση, το μπάνιο, το ντύσιμο, η φροντίδα για τις συνήθειες του εντέρου, η μετακίνηση από το κρεβάτι στην καρέκλα, η τουαλέτα, η ειδική καθαριότητα δωματίου και ιματισμού κ.ά. Ο κοινοτικός νοσηλευτής, ο νοσηλευτής της κατ' οίκον φροντίδας υγείας, ο σχολικός νοσηλευτής, ενδεικτικά, μπορεί να συμβάλλει με:

- την εκπαίδευση των γονέων στην άμεση φροντίδα,
- την ενθάρρυνση της συμμετοχής τους σε παρεμβάσεις, καθώς κάποιες από αυτές μπορεί να τους φοβίζουν (π.χ. φροντίδα τραχειοστομίας, χορήγηση ινσουλίνης κ.ά.),
- τη βοήθεια στην εύρεση κατάλληλου ανθρώπου, που θα φροντίζει το παιδί σε περίπτωση που αυτοί απουσιάζουν,
- την ενθάρρυνση αυτοφροντίδας του παιδιού όταν αυτή αναπτυξιακά είναι εφικτή,
- τη βοήθεια σε πρακτικά θέματα, όπως θέματα μεταφοράς στο νοσοκομείο,
- τη συμβολή στον συντονισμό της διεπιστημονικής ομάδας και γενικότερα της φροντίδας, όπως επισκέψεις στο νοσοκομείο, εργοθεραπεία, προμήθεια και διαχείριση ιατρικού εξοπλισμού, κοινωνικό φαρμακείο.

9.4.4 Διατήρηση της οικογενειακής ζωής

Η ανάπτυξη της οικογένειας ως συνόλου και του κάθε μέλους χωριστά είναι πολύ σημαντική στη διαχείριση της ασθένειας. Ο κοινοτικός νοσηλευτής μπορεί να συμβάλλει στη διατήρηση της ισορροπίας μέσα στην οικογένεια με την εστίασή του ενδεικτικά σε παρεμβάσεις, όπως:

- Η ενθάρρυνση της εύρεσης νοήματος σε κάθε πράξη της καθημερινότητας του άρρωστου παιδιού.
- Η προαγωγή της επίγνωσης ότι το νόημα της ασθένειας και της ταυτότητας της οικογένειας αλλάζει συνεχώς (π.χ. οικογένεια με παιδί με σακχαρώδη διαβήτη).

- Η συμβολή στον προσδιορισμό των ρόλων των γονέων στη φροντίδα του παιδιού. Ποιος θα αναλάβει τη φροντίδα του άρρωστου παιδιού, του σπιτιού; Θα φέρει χρήματα και τα απαραίτητα για τη διαβίωση της οικογένειας;
- Η συμβολή στην προσαρμογή των αδερφών του άρρωστου παιδιού. Στη βιβλιογραφία τα δεδομένα ποικίλλουν όσον αφορά τα αδέρφια και την ανάπτυξη επικίνδυνων συμπεριφορών, στη σχολική επίδοση, στην ανάπτυξη ενσυναίσθησης και συμμετοχής στη φροντίδα του/της άρρωστου/-ης αδερφού/-ης.
- Η συμβολή στην αποφυγή ή στην έγκαιρη αναγνώριση της επισκίασης του υγιούς αδερφού από το παιδί με τη χρόνια νόσο και τις συνέπειές της.
- Η ενίσχυση της προσωπικής επαφής και επικοινωνίας του ζευγαριού.
- Η συμβολή στην αναγνώριση των φυσικών, συναισθηματικών ενδοοικογενειακών πόρων, καθώς και κοινωνικών πόρων / υποστηρικτικών συστημάτων.
- Η ενίσχυση των δυνατών σημείων της οικογένειας στη διαχείριση του κοινωνικού στίγματος, που σημαίνει εύρεση κατάλληλου ασφαλούς περιβάλλοντος, όπου η οικογένεια μπορεί να ηρεμήσει και να συμμετέχει παράλληλα (π.χ. Special Olympics).
- Η ενθάρρυνση της συμμετοχής των γονέων σε συλλόγους και οργανώσεις με παιδιά με το ίδιο πρόβλημα κ.ά.

9.4.5 Φροντίδα του εαυτού

Είναι δύσκολο για τους γονείς να φροντίσουν τον εαυτό τους, όταν διαρκώς βρίσκονται σε μια προσπάθεια εξισορρόπησης της φροντίδας του παιδιού τους για τη χρόνια ασθένεια και των απαιτήσεων της οικογενειακής ζωής. Η διαφορετικότητα γίνεται συνήθως εμφανής όταν η κατάσταση επιδεινώνεται και στα σημαντικά γεγονότα της οικογένειας. Για παράδειγμα, η άφιξη στο σχολείο είναι μέρα γιορτής για την οικογένεια, αλλά η εμφάνιση του αναπηρικού αμαξιδίου υποδεικνύει τη διαφορετικότητα του παιδιού.

Συχνά βιώνουν χρόνια θλίψη, η οποία χαρακτηρίζεται ως η κατάσταση της διάχυτης θλίψης, σταθερής και εξελικτικής πορείας, με παρουσία συναισθημάτων αμηχανίας, φόβου, θυμού, η οποία δημιουργείται στους γονείς όταν βιώνουν μια κατάσταση στην οποία δεν υπάρχει προβλέψιμο τέλος ή ευκαιρία απεμπλοκής, όπως το χρόνιο νόσημα του παιδιού τους.

Οι γονείς αντιμετωπίζουν, επίσης, τον κίνδυνο απομόνωσης από φίλους, γείτονες, άλλα μέλη της ευρύτερης οικογένειας. Αισθάνονται ενοχές γιατί πιθανόν να φοβούνται να πάρουν το άρρωστο παιδί στο σπίτι, δεδομένης της έλλειψης γνώσεων, κατάλληλων υπηρεσιών στην κοινότητα, υπηρεσιών κατ' οίκον φροντίδας υγείας, υπηρεσιών ανάπαυλας για τους ίδιους. Οι γονείς προσπαθούν να εξισορροπήσουν την ελπίδα και την απόγνωση, ενώ ο κίνδυνος ανάπτυξης κατάθλιψης και σοβαρής επιβάρυνσης είναι υψηλός. Ζουν καθημερινά με ανησυχία για τη σωστή κρίση τους, τη σωστή επιλογή, τι θα πουν οι γείτονες, τι συμβαίνει στα άλλα παιδιά τους. Ο κοινοτικός νοσηλευτής, ενδεικτικά, μπορεί να συμβάλλει με παρεμβάσεις, όπως:

- αξιολόγηση της χρόνιας θλίψης των γονέων,
- διερεύνηση των επιπτώσεων στη σωματική υγεία, των επιπτώσεων στην κοινωνική ζωή και εργασία, των ψυχολογικών επιπτώσεων,
- διερεύνηση των ευκαιριών ανάπαυλας των φροντιστών και υπόδειξη τέτοιων ευκαιριών,
- παραπομπή σε ειδικούς εφόσον υπάρχει ανάγκη και συναίνεση,
- προτροπή της οικογένειας να μιλήσει για την εμπειρία της και την επίδραση της ασθένειας σε αυτήν,
- εστίαση στα δυνατά σημεία της οικογένειας για την ενδυνάμωσή της,
- ενθάρρυνση της επικοινωνίας και συμμετοχή σε συλλόγους με παιδιά με ανάλογο πρόβλημα,
- πληροφόρηση της οικογένειας για τα διαθέσιμα υποστηρικτικά συστήματα (σύλλογοι, υπηρεσίες κατ' οίκον φροντίδα υγείας, άλλοι γονείς με το ίδιο πρόβλημα, εκκλησία, επιδόματα κ.ά.).
- Στο πλαίσιο της αξιολόγησης μπορούν να διατυπωθούν ερωτήσεις όπως:
 - Ποιος έχει μεγαλύτερη δυσκολία με την παρούσα κατάσταση; Πώς το δείχνει;
 - Πώς σε βοηθά ο σύζυγος να διαχειριστείς την κατάσταση;
 - Πώς τα κατάφερε η οικογένεια στο παρελθόν;
 - Ποια είναι τα δυνατά σημεία της οικογένειας που θα σας βοηθήσουν να το αντιμετωπίσετε;

9.5 Φροντίδα άρρωστου παιδιού και οικογένειας στο νοσοκομείο

Η εισαγωγή του παιδιού στο νοσοκομείο για νοσηλεία είναι ένα ιδιαίτερα στρεσογόνο γεγονός για την οικογένεια, το οποίο αποσυντονίζει τη λειτουργία της, όπως επίσης και των μελών της.

Στο πλαίσιο της φροντίδας με επίκεντρο την οικογένεια της οποίας το παιδί νοσηλεύεται στο νοσοκομείο, έχει αναπτυχθεί το πλαίσιο της φροντίδας και οι μεταβλητές του (Smith, 2018), το οποίο περιλαμβάνει:

α) *Τις προϋποθέσεις* (antecedents), στις οποίες περιλαμβάνονται η παρουσία της οικογένειας, η διάθεση της οικογένειας να συνεργαστεί και να συμμετέχει στη φροντίδα, οι δεξιότητες του νοσηλευτή και η θέλησή του να διαπραγματευτεί τη φροντίδα, η διάθεση επαρκούς χρόνου για επικοινωνία και ανάπτυξη συνεργασίας με την οικογένεια και ένα περιβάλλον το οποίο ενισχύει και ενθαρρύνει την παρουσία και τη συμμετοχή της οικογένειας στη φροντίδα.

β) *Τα χαρακτηριστικά* της φροντίδας με επίκεντρο την οικογένεια (characteristics), στα οποία συμπεριλαμβάνονται ο σεβασμός στη μοναδικότητα της οικογένειας, η υποστήριξη στο παιδί και στην οικογένεια, η συμμετοχή της οικογένειας στη φροντίδα στο πλαίσιο των δυνατοτήτων της, η ανοικτή επικοινωνία, η συνεργασία νοσηλευτή - οικογένειας και η πολιτισμική επάρκεια.

γ) *Οι εκβάσεις/αποτελέσματα* όταν το πλαίσιο αυτό βρίσκει εφαρμογή, οι οποίες περιλαμβάνουν την εξασφαλισμένη και ευέλικτη φροντίδα, την αύξηση της άνεσης της οικογένειας και της εμπιστοσύνης στον εαυτό της, την αύξηση της επικοινωνίας μεταξύ επαγγελματία και οικογένειας, την ενίσχυση και διευκόλυνση της προσαρμογής και λειτουργίας της οικογένειας, τη βελτίωση της ικανοποίησης της οικογένειας και την ενδυνάμωσή της.

Ο νοσηλευτής, ενδεικτικά, μπορεί να συμβάλλει με την εστίασή του σε παρεμβάσεις όπως:

- Αναγνώριση της κρίσης της οικογένειας κατά τη νοσηλεία ως ευκαιρίας για κατάλληλες παρεμβάσεις που μειώνουν το στρες της οικογένειας και του παιδιού.
- Δημιουργία σχέσης εμπιστοσύνης με την οικογένεια και το άρρωστο παιδί.
- Εφαρμογή των αρχών φροντίδας με βάση τους στόχους της οικογένειας.
- Βελτίωση της επικοινωνίας και διασύνδεσης των γονέων με το παιδί.
- Βοήθεια της οικογένειας και του παιδιού να κατανοήσουν τις διαδικασίες που σχετίζονται με τη φροντίδα υγείας εντός και εκτός του περιβάλλοντος του νοσοκομείου και επιβεβαίωση της δέσμευσης για τη συνεργασία τους.
- Εξασφάλιση διεπιστημονικής συνεργασίας στην αντιμετώπιση του προβλήματος υγείας του παιδιού, η οποία θα αυξήσει την ικανοποίηση από τη φροντίδα και θα βελτιώσει την αποτελεσματικότητα των παρεμβάσεων.
- Εκμετάλλευση κάθε ευκαιρίας για μάθηση και εκπαίδευση του παιδιού και της οικογένειας.
- Διευκόλυνση και βοήθεια για τη διατύπωση ερωτήσεων από την οικογένεια προς τη θεραπευτική ομάδα.
- Διευκόλυνση και επικέντρωση στο πλάνο φροντίδας του παιδιού από όλη τη θεραπευτική ομάδα.
- Διατήρηση ανοικτής και αποτελεσματικής επικοινωνίας με το παιδί και την οικογένεια.
- Διερεύνηση των ευρύτερων ορίων της οικογένειας, συμπεριλαμβανομένων των φίλων και των συγγενών που αποτελούν πηγές υποστήριξης.
- Ιδιαίτερη προσέγγιση των γονέων των οποίων το παιδί νοσηλεύεται στη ΜΕΘ, διότι, εκτός από τη σοβαρότητα της κατάστασης, οι γονείς βιώνουν την αδυναμία τους να φροντίσουν και να παρέχουν ασφάλεια στο παιδί τους, ενώ παράλληλα ανησυχούν και για την εμπειρία του παιδιού τους.
 - Συμμετοχή των γονέων στη φροντίδα κατά το δυνατόν (να χτενίσουν, να πλύνουν, να χαϊδέψουν, να ντύσουν, να αλλάξουν το παιδί).
 - Επεξήγηση της καθημερινότητας της φροντίδας του παιδιού.
 - Προσανατολισμός των γονέων στον χώρο και στα μηχανήματα.
- Ιδιαίτερη προσέγγιση των γονέων των οποίων το παιδί νοσηλεύεται για το χρόνιο πρόβλημα ή τη μηχανική υποστήριξη ή και τα δύο:
 - Συνειδητοποίηση και αξιοποίηση του ότι οι γονείς γνωρίζουν πολύ καλά την καθημερινή φροντίδα του παιδιού και έχουν την ικανότητα να διακρίνουν και μικρές αλλαγές στην κατάσταση και εξέλιξή του.
 - Αναγνώριση και σεβασμός στην πιθανή ανάγκη για ανάπαυλα από τη φροντίδα (ένα διάλειμμα στη φροντίδα, συνεχής ύπνος κ.λπ.).

- Αναγνώριση της ανάγκης και διευκόλυνση της επίσκεψης των αδερφών του άρρωστου παιδιού στο νοσοκομείο υπό προϋποθέσεις:
 - Διερεύνηση και αξιολόγηση των προϋποθέσεων επίσκεψης των αδερφών.
 - Κατάλληλη ψυχοσωματική προετοιμασία πριν την επίσκεψη.
 - Υποστήριξη από ειδικούς (ψυχολόγο) εάν κρίνεται απαραίτητο.
- Αποφυγή της απομάκρυνσης των γονέων από το παιδί εάν δεν συντρέχει σημαντικός λόγος.
- Υποστήριξη και προετοιμασία της οικογένειας στην έξοδο του παιδιού από το νοσοκομείο, καθώς συχνά αισθάνονται ανίκανοι να φροντίσουν το παιδί στο σπίτι, ιδιαίτερα στην περίπτωση απουσίας υπηρεσιών στην κοινότητα οι οποίες διασφαλίζουν τη συνέχεια της φροντίδας, όπως η κατ' οίκον νοσηλευτική φροντίδα.
- Διασφάλιση της συνέχειας της φροντίδας στο σπίτι, εφόσον απαιτείται, με τη συνεργασία με υπηρεσίες κατ' οίκον νοσηλευτικής φροντίδας.
- Υποστήριξη της οικογένειας εάν το παιδί αποβιώσει στο νοσοκομείο.

Ιδιαίτερο ενδιαφέρον παρουσιάζει η *προετοιμασία της εξόδου του παιδιού από το νοσοκομείο*. Στη βιβλιογραφία γίνεται λόγος σε διάφορα μοντέλα για τη μετάβαση του ασθενούς από το νοσοκομείο στο σπίτι, όπως επίσης και για την αποτελεσματικότητα και αποδοτικότητα αυτών. Πρόκειται για μια διεπιστημονική διεργασία, η οποία πρέπει να ξεκινήσει έγκαιρα και προγραμματισμένα έτσι ώστε, στη συγκεκριμένη περίπτωση, τα μέλη της οικογένειας, συνήθως γονείς, να είναι κατάλληλα προετοιμασμένα και εκπαιδευμένα. Ο σχεδιασμός της εξόδου ξεκινά από την εισαγωγή στο νοσοκομείο και συνεχίζεται καθ' όλη της διάρκεια της νοσηλείας του παιδιού, προετοιμάζοντας και δίνοντας εφόδια για ανεξαρτητοποίηση στους γονείς και ομαλή μετάβαση από το νοσοκομείο στο σπίτι. Περιλαμβάνει την αξιολόγηση και προετοιμασία της οικογένειας και του περιβάλλοντος του σπιτιού. Συγκεκριμένα, διερευνάται η καταλληλότητα και προετοιμασία του περιβάλλοντος του σπιτιού για τη διαμονή στο σπίτι, όπως για παράδειγμα ρεύμα για τη σύνδεση του αναπνευστήρα, κατάλληλο κρεβάτι, άνετοι χώροι για τη μετακίνηση με αμαξίδιο κ.ά. Η οικογένεια εκπαιδεύεται σε δεξιότητες φροντίδας και ελέγχεται η κατανόησή τους. Αυτές μπορεί να διαφέρουν και να είναι σύνθετες ή απλές, ανάλογα με τις ανάγκες του παιδιού. Το σχέδιο εξόδου από το νοσοκομείο προετοιμάζει, επίσης, και συναισθηματικά τα μέλη της οικογένειας (γονείς, αδέρφια, παππούδες, γιαγιάδες) για την επιστροφή. Διασφαλίζεται η διασύνδεση με τις υπηρεσίες της κοινότητας, για παράδειγμα υπηρεσία κατ' οίκον φροντίδας υγείας, κοινωνικές υπηρεσίες κ.ά., για τη διασφάλιση της συνέχειας της φροντίδας, και συγκεκριμένα ο νοσηλευτής της υπηρεσίας κατ' οίκον φροντίδας υγείας, ο νοσηλευτής της οικογένειας, επισκέπτονται το παιδί στο νοσοκομείο και συμμετέχουν στον σχεδιασμό της μετάβασής του στο σπίτι.

9.6 Συναίνεση για τη φροντίδα

Στην πορεία της ασθένειας οι γονείς καλούνται συχνά να λάβουν σοβαρές και δύσκολες αποφάσεις που σχετίζονται με τη φροντίδα υγείας του άρρωστου παιδιού και τη θεραπεία. Υποστηρίζεται γενικότερα στη φροντίδα των παιδιών να αξιολογείται η ικανότητα λήψης αποφάσεων των ίδιων των νοσούντων παιδιών, να μην αγνοούνται οι επιθυμίες και τα ενδιαφέροντά τους και να αναζητείται πάντα η συναίνεσή τους για την προτεινόμενη παρέμβαση και θεραπεία.

Θυμηθείτε ότι:

- Ο νοσηλευτής της κατ' οίκον φροντίδας υγείας, ο κοινοτικός νοσηλευτής, αλληλεπιδρά με όλα τα μέλη της οικογένειας και το άρρωστο παιδί, διερευνώντας ποικιλοτρόπως και πολυδιάστατα την επίδραση της ασθένειας του παιδιού στην οικογένεια, στα μέλη της και στο ίδιο, ενισχύοντας την παροχή φροντίδας υγείας στην καθημερινότητά τους, παρέχοντας εκπαίδευση στα μέλη και ανάπτυξη δεξιοτήτων φροντίδας και ενεργώντας στο ευρύτερο περιβάλλον, διαμορφώνοντας με αυτόν τον τρόπο και τροποποιώντας πολιτικές που σχετίζονται με την προστασία της οικογένειας με άρρωστο παιδί.
- Διακρίνονται τα πολλαπλά πεδία δράσης, οι πολλαπλοί αποδέκτες των παρεμβάσεων και ενεργειών του νοσηλευτή με σκοπό την παροχή της καλύτερης δυνατής φροντίδας της οικογένειας.

Ξενόγλωσση Βιβλιογραφία

- Boroughs, D., & Dougherty, J. A. (2012). Decreasing accidental mortality of ventilator-dependent children at home: A call to action. *Home Healthcare Nurse*, 30(2), 103-111.
- Christensen, P. (2004). The health promoting family: a conceptual framework for future research. *Social Science Medicine*, 59(2), 377-387.
- Coffey, J. S. (2006) Parenting a child with a chronic illness: a metasynthesis. *Pediatric Nursing*, 32(1), 51-59.
- Corlett, J., & Twycross, A. (2006). Negotiation of parental roles within family –centered care. A review of the research. *Journal of Clinical Nursing*, 15(10), 1308-1316.
- DeLima, M. F, DeArruda, G. O, Vicente, J. B, Marcon, S. S, & Higarashi, I. H. (2013). Children dependent on technology: revealing the reality of the family caregiver. *Journal of the Nursing Network of the Northeast*, 14(4), 665-673.
- Denham, S. A. (2003) Relationships between family rituals, family routines and health. *Journal of Family Nursing*, 9(3), 305-330.
- Estrem, B., Wall, J., Paitich, L., & Maynard, R. (2020). The Ventilator-Dependent Child: Best Practices for Educating Home Care Nurses. *Home healthcare now*, 38(2), 75-79.
- Falkson, S., Knecht, C., Hellmers, C., & Metzging, S. (2017). The perspective of families with a ventilator-dependent child at home. A literature review. *Journal of Pediatric Nursing*, 36, 213-224.
- Foster, M., & Shields, L. (2020). Bridging the child and family centered care gap: Therapeutic conversations with children and families. *Comprehensive Child and Adolescent Nursing*, 43(2), 151-158.
- Golfenshtein, N., Srulovici, E., & Deatrck, J. A. (2016). Interventions for reducing parenting stress in families with pediatric conditions: An integrative review. *Journal of Family Nursing*, 22(4), 460-492.
- Hallstrom, I., & Elander, G. (2007). Families' needs when a child is long term ill: a literature review with reference to nursing research. *International Journal of Nursing Practice*, 13(3), 193-200.
- Hanna, J. R., McCaughan, E., & Semple, C. J. (2019). Challenges and support needs of parents and children when a parent is at end of life: a systematic review. *Palliative Medicine*, 33(8), 1017-1044.
- Hatfield, N. T (2008). *Broadribb's introductory pediatric nursing* (7th edition). Philadelphia, Wolters Kluwer Health | Lippincott Williams & Wilkins.
- Hayslip, B., & Kaminski, P. (2005). Grandparents raising their grandchildren: a review of the literature and suggestions for practice. *Gerontologist*, 45(2), 262-269.
- Jachimiec, J. A., Obrecht, J., & Kavanaugh, K. (2015). Interactions between parents of technology-dependent children and providers: an integrative review. *Home Healthcare Now*, 33(3), 155-166.
- Kaakinen, J. R., Gedaly-Duff, V., Coehlo, D. P., & Hanson, S.M.H. (2010). *Family health care nursing: Theory, practice and research*. Philadelphia, FA Davis.
- Kokorelias, K. M., Gignac, M. A., Naglie, G., & Cameron, J. I. (2019). Towards a universal model of family centered care: a scoping review. *BMC health services research*, 19(1), 1-11.
- Lummer-Aikey, S., & Goldstein, S. (2021). Sibling adjustment to childhood chronic illness: an integrative review. *Journal of Family Nursing*, 27(2), 136-153.
- MacDonald, H., & Gallery, P. (2008) Parenting children requiring complex care: a journey through time. *Child: Care, Health & Development*, 34(2): 207-213.
- Modanloo, S., Rohani, C., & Farahani Shirin Abadi, A. (2015). Assessment of family function among parents of children with cancer. *Iranian Journal of Nursing Research*, 10(1), 56-65.
- Mullen, J. E. (2008). Supporting families of technology depended patients hospitalized in pediatric intensive care unit. *AACN Advanced Critical Care*, 19(2), 125-129.

- Newton, K., & Lamarche, K. (2012). Take the challenge: strategies to improve support for parents of chronically ill children. *Home Healthcare Now*, 30(5), E1-E8.
- Russell, L. T., Beckmeyer, J. J., & Su-Russell, C. (2018). Family-centered care and positive developmental outcomes for youth with special health care needs: Variations across family structures. *Journal of Family Nursing*, 24(1), 29-59.
- Shields, L., Pratt, J., & Hunter, J. (2006). Family-centred care: a review of qualitative studies. *Journal of Clinical Nursing*, 15(10), 1317-1323.
- Sullivan-Bolyai, S., Knafl, K. A., Sadler, L., & Gilliss, C. L. (2003). Great expectations: a position description for parents as caregivers: Part I. *Pediatric Nursing*, 29(6), 457.
- Smith, W. (2018). Concept analysis of family-centered care of hospitalized pediatric patients. *Journal of Pediatric Nursing*, 42, 57-64.
- Svavarsdottir, E. K., Kamban, S. W., Konradsdottir, E., & Sigurdardottir, A. O. (2020). The impact of Family Strengths Oriented Therapeutic Conversations on parents of children with a new chronic illness diagnosis. *Journal of Family Nursing*, 26(3), 269-281.
- Vonneilich, N., Lüdecke, D., & Kofahl, C. (2016). The impact of care on family and health-related quality of life of parents with chronically ill and disabled children. *Disability and rehabilitation*, 38(8), 761-767.
- Woodman, J., Simon, A., Hauari, H., & Gilbert, R. (2020). A scoping review of 'think-family' approaches in healthcare settings. *Journal of Public Health*, 42(1), 21-37.

Ελληνόγλωσση Βιβλιογραφία

- Βλαχιώτη, Ε., & Μάτζιου, Β. Ο παιδιατρικός νοσηλευτής: διεθνής και ελληνική πραγματικότητα. Διαθέσιμο στο <https://eclass.uoa.gr/modules/document/file.php/NURS181/O%20Παιδιατρικός%20Νοσηλευτής%20Διεθνής%20και%20Ελληνική%20Πραγματικότητα.pdf>
- Hockenberry, M., & Wilson, D. (2011). *Παιδιατρική Νοσηλευτική* (8η έκδοση). Επιμέλεια Ε. Κυρίτση. Αθήνα, Εκδόσεις Βήτα.
- Καλοκαιρινού, Α., & Αδαμακίδου, Θ. (2014). *Κατ' οίκον νοσηλευτική φροντίδα, έννοιες, δεξιότητες, εφαρμογές*. Αθήνα, Εκδόσεις Βήτα.
- Καλοκαιρινού, Α., Αδαμακίδου, Θ., Βελονάκη, Β., Βιβιλάκη, Β., Καπρέλη, Ε., Κριεμπάρδης, Α., Λάγιου, Α., Λιονής, Χ., Μαρκάκη, Α., Μποδοσάκης, Π., Παπαδακάκη, Μ., & Σακελλάρη, Ε. (2015). *Εφαρμογές καλών πρακτικών ομάδας πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας* [Εργαστηριακός Οδηγός]. Κάλλιπος, Ανοικτές Ακαδημαϊκές Εκδόσεις. <https://hdl.handle.net/11419/3301>
- Μάντζιου, Β. (2012). *Παιδιατρική Νοσηλευτική. Βασικές αρχές στη φροντίδα παιδιών*. Αθήνα, Ιατρικές Εκδόσεις Λαγός.

Χρήσιμο οπτικοακουστικό και έντυπο υλικό στο διαδίκτυο

- Institute for Patient- and Family-Centered Care <https://www.ipfcc.org/>
- https://www.nursingworld.org/~4acf94/globalassets/catalog/book-toc/toc_pediatic-nursing-scope--standards-of-practice-2e.pdf

Κριτήρια Αξιολόγησης

Κριτήριο Αξιολόγησης 1

Σκεφτείτε και αναφέρετε τρεις παράγοντες οι οποίοι θα επηρεάσουν τις αντιδράσεις των γονέων και του παιδιού στην εμπειρία μιας ασθένειας.

Απάντηση/Λύση

Ενδεικτικοί παράγοντες είναι:

- η σοβαρότητα του νοσήματος,
- η προηγούμενη εμπειρία από την ιατρονοσηλευτική φροντίδα,
- η προηγούμενη εμπειρία της οικογένειας σε διαγνωστικές και θεραπευτικές διαδικασίες,
- η διάθεση υπηρεσιών για την υποστήριξη και φροντίδα στην κοινότητα κ.ά.

Κριτήριο Αξιολόγησης 2

Η φροντίδα ενός παιδιού με οξύ ή χρόνιο νόσημα στην κοινότητα είναι μια πρόκληση για τους νοσηλευτές. Σκεφτείτε και αναφέρετε τρεις εκβάσεις/αποτελέσματα από την παρεχόμενη νοσηλευτική φροντίδα στην κοινότητα.

Απάντηση/Λύση

Ενδεικτικές εκβάσεις/αποτελέσματα από την παρεχόμενη νοσηλευτική φροντίδα στην κοινότητα είναι:

- Η επίγνωση και κατανόηση από την πλευρά των γονέων της κατάστασης υγείας και των αναγκών υγείας του άρρωστου παιδιού τους.
- Ενδυναμωμένοι γονείς για την εκπλήρωση του γονικού τους ρόλου.
- Οι γονείς ανιχνεύουν έγκαιρα τα προβλήματα της υγείας/επιπλοκές και κατευθύνονται άμεσα προς την κατάλληλη υποστήριξη/υπηρεσία.
- Οι γονείς κατανοούν τα υποστηρικτικά δίκτυα και υπηρεσίες που υπάρχουν στη διάθεσή τους και τα αξιοποιούν.
- Οι γονείς κατανοούν και συμμετέχουν στην παρακολούθηση της ανάπτυξης των παιδιών και της οικογένειας, δίνουν ερεθίσματα και την υποκινούν.
- Οι γονείς έχουν αναπτύξει δεξιότητες αναγνώρισης και αντιμετώπισης των αναπτυξιακών αναγκών των παιδιών.

Κριτήριο Αξιολόγησης 3 – Workshop

Η συζήτηση μεταξύ του νοσηλευτή και των παιδιών γίνεται ανάλογα με το στάδιο ανάπτυξής τους, τροποποιώντας αντίστοιχα τον τρόπο επικοινωνίας, το περιεχόμενο του μηνύματος, το λεξιλόγιο.

Ακολουθώντας το παρακάτω πρότυπο συστάσεων και επικοινωνίας, δοκιμάστε με έναν/μία συνάδελφό σας να κάνετε role playing, όπου ο ένας/μία θα είναι ο νοσηλευτής/-τρια που επιχειρεί να επικοινωνήσει με ένα παιδί, σχολικής ηλικίας 7 ετών, που βρίσκεται στο σπίτι με κρίση άσθματος, και ο/η συνάδελφος θα παίζει τον ρόλο του παιδιού δίνοντας τις ανάλογες απαντήσεις.

1. Ο νοσηλευτής της οικογένειας, αρχικά, δίνει μια περιγραφή του εαυτού του στα παιδιά, ως νοσηλευτή και ως ανθρώπου, και προτρέπει και αυτά με τη σειρά τους να κάνουν το ίδιο.
2. Εν συνεχεία, προσκαλεί τα παιδιά να εκφράσουν τη γνώμη τους για το θέμα, επιβεβαιώνει ότι η γνώμη τους λαμβάνεται υπόψη και επιδεικνύει αληθινό ενδιαφέρον για αυτήν.
3. Πρώτα, διατυπώνει ερωτήσεις, όπως «τι θεωρούν καλό...;», «ποιες οι προσωπικές τους εμπειρίες για...;».

4. Εν συνεχεία, χρησιμοποιεί μέσα όπως το παιχνίδι και η ζωγραφική για την επικοινωνία μαζί τους («ελάτε να παίξουμε», «ας ζωγραφίσουμε την οικογένειά μας...», «ας ζωγραφίσουμε το νοσοκομείο...»)
5. Έπειτα, ενθαρρύνει τα παιδιά να προσδιορίσουν τα δυνατά τους σημεία.

Απάντηση/Λύση

Αρχικά γίνεται μια περιγραφή της αναπτυξιακής, συναισθηματικής και γνωστικής ανάπτυξης ενός παιδιού 7 ετών. Εν συνεχεία, κατά τη διάρκεια του role playing, τα μέλη της ομάδας παρατηρούν την επικοινωνία (λέξεις, ύφος, προσέγγιση κ.ά.) του νοσηλευτή με το παιδί αλλά και την αλληλεπίδραση του παιδιού με τον νοσηλευτή και συζητούν πάνω στα θέματα που τους έκαναν εντύπωση και στην εμπειρία τους.

Κριτήριο Αξιολόγησης 4 – Μελέτη περίπτωσης

Συζητήστε για τον σχεδιασμό των ενεργειών σας στο πλαίσιο της μετάβασης του παιδιού και της φροντίδας του από το νοσοκομείο στο σπίτι.

Παιδί 1 ετών με κυστική ίνωση και μηχανική υποστήριξη της αναπνοής λαμβάνει εξιτήριο από το νοσοκομείο και ετοιμάζεται να μεταβεί στο σπίτι για λήψη φροντίδας υγείας κατ' οίκον. Γίνεται παραπομπή για την παρακολούθησή του κατ' οίκον από την υπηρεσία κατ' οίκον φροντίδας υγείας στην οποία εργάζεστε.

Απάντηση/Λύση

Ο σχεδιασμός της εξόδου ξεκινά από την ημέρα της εισαγωγής στο νοσοκομείο και συνεχίζεται καθ' όλη τη διάρκεια της νοσηλείας του παιδιού, προετοιμάζοντας και δίνοντας εφόδια στους γονείς για ανεξαρτητοποίηση και ομαλή μετάβαση από το νοσοκομείο στο σπίτι. Ενδεικτικά:

- Αξιολόγηση και προετοιμασία των γονέων (εκπαίδευση σε γνώσεις και δεξιότητες φροντίδας, όπως αλλαγή και φροντίδα τραχειοστομίας, αναρροφήσεις, χρήση ambu, παρεντερική διατροφή, ενδοφλέβια νοσηλεία κ.ά.).
- Αξιολόγηση και προετοιμασία του περιβάλλοντος του σπιτιού (προετοιμασία του δωματίου του παιδιού, ρεύμα για τη σύνδεση του αναπνευστήρα, κατάλληλο κρεβάτι, εξασφάλιση του απαραίτητου εξοπλισμού, όπως παροχή οξυγόνου, αναρρόφησης, υγραντήρα κ.ά., τρεχούμενο νερό κ.ά.).
- Αξιολόγηση και συναισθηματική υποστήριξη των μελών της οικογένειας (γονείς, αδέρφια, παππούδες, γιαγιάδες) για τη μετάβαση στο σπίτι.
- Ενημέρωση για τη διασύνδεση υπηρεσιών και φορέων (κέντρο υγείας περιοχής, παιδίατρο, νοσοκομείο, σημείο αναφοράς σε περίπτωση ανάγκης κ.ά.).
- Αναγνώριση της ανάγκης για προσωπική ξεκούραση των γονέων και του κύριου φροντιστή (π.χ. από αϋπνία), εύρεση τρόπων ξεκούρασης (π.χ. αναλαμβάνει άλλος τη φροντίδα), αποδοχή κάθε προσφοράς βοήθειας κ.ά.

Κριτήριο Αξιολόγησης 5

Αναφέρεται ότι οι τρεις κύριες αιτίες θανάτων παιδιών με μηχανική υποστήριξη της αναπνοής στο σπίτι, από την πλευρά των επαγγελματιών της υπηρεσίας κατ' οίκον, και οι οποίες θα μπορούσαν να προληφθούν, είναι α) η ανεπαρκής εκπαίδευση, 2) ακατάλληλη απάντηση στο πρόβλημα και 3) η έλλειψη επαγρύπνησης (Borroughs & Dougherty, 2012).

Προβληματιστείτε και συζητήστε:

Α) για τα πιθανά μέτρα που μπορούν να ληφθούν για την πρόληψη καθεμίας από τις ανωτέρω αιτίες θανάτου, Β) παρεμβάσεις/ενέργειες οι οποίες θα μπορούσαν να εφαρμοστούν στην κατ' οίκον επίσκεψη και θα συμβάλουν στην καλύτερη αξιολόγηση και πρόληψη τυχόν επιπλοκών.

Απάντηση/Λύση

A) Ενδεικτικά μέτρα από την πλευρά των νοσηλευτών για την πρόληψη των τριών κύριων αιτιών θανάτων παιδιών με μηχανική υποστήριξη της αναπνοής στο σπίτι είναι:

- Πρόσληψη προσωπικού που πληροί τις προϋποθέσεις της εξειδίκευσης στην παροχή κατ' οίκον νοσηλευτικής φροντίδας και της προηγούμενης κλινικής εμπειρίας στην ενδονοσοκομειακή φροντίδα.
- Αποφυγή πρόσληψης νεοδιοριζόμενων νοσηλευτών στην υπηρεσία κατ' οίκον νοσηλείας.
- Κατάλληλη στελέχωση της υπηρεσίας με εξειδικευμένο προσωπικό, κατάλληλες αναλογίες προσωπικού και διεπιστημονική ομάδα.
- Ενημέρωση και χρήση πρωτοκόλλων στη φροντίδα υγείας του ασθενούς (π.χ. απόφραξη τραχειοσωλήνα).
- Σε τακτικά διαστήματα εκπαίδευση του προσωπικού σε προηγμένες νοσηλευτικές δεξιότητες (π.χ. αλλαγή τραχειοστομίας, διενέργειας αναρρόφησης, φροντίδας τραχειοστομίας, διενέργεια ΚΑΡΠΑ και χρήση της ambu κ.ά.).
- Συνεχιζόμενη εκπαίδευση για τη διατήρηση του θεωρητικού υποβάθρου των νοσηλευτών (π.χ. για την έγκαιρη αναγνώριση απόφραξης του τραχειοσωλήνα, αναγνώριση σημείων συμπτωμάτων αναπνευστικής δυσχέρειας, ακατάλληλη/καθυστερημένη απάντηση στον συναγερμό του αναπνευστήρα κ.ά.).
- Συνεργασία με τη διεπιστημονική ομάδα.
- Επαγρύπνηση γενικότερα κατά την κατ' οίκον επίσκεψη και ενημέρωση για την «κόπωση από τον συναγερμό», η οποία προκαλεί μειωμένη επαγρύπνηση κατά τη φροντίδα κ.ά.

B) Βασικές ενέργειες που πρέπει να γίνουν από τον νοσηλευτή στην κατ' οίκον επίσκεψη σε οικογένεια με παιδί με μηχανική υποστήριξη της αναπνοής είναι ενδεικτικά:

- Πολύ καλή ενημέρωση από τη μελέτη του φακέλου του παιδιού, πληροφορίες από την προηγούμενη επίσκεψη αλλά και από τα δεδομένα που δίνουν οι γονείς.
- Αξιολόγηση του παιδιού με βάση το τρίπτυχο της παιδιατρικής αξιολόγησης:
 1. Κλινική εικόνα: αξιολόγηση δέρματος, βλέμματος, λόγου, κλάματος, τόνου μυών, ανταπόκριση.
 2. Αναπνοή: παρακολούθηση της αναπνοής, διάφοροι ήχοι κατά την αναπνοή, η θέση του σώματος, ρινική συμφόρηση κ.ά., και
 3. Κυκλοφορικό: αιμορραγία, κυάνωση, ωχρότητα κ.ά.
- Διενέργεια ελέγχων για την ασφάλεια όλου του εξοπλισμού (παροχές και ταγκ οξυγόνου, αναπνευστήρας, οξύμετρο κ.ά.), του εξοπλισμού έκτακτης ανάγκης (φάρμακα, τσάντα ανάνηψης κ.ά.) και των άλλων συσκευών (αντλία σίτισης, μόνιτορ παρακολούθησης κ.ά.), έλεγχος συναγερμού του αναπνευστήρα, του οξύμετρου, της αρτηριακής πίεσης, έλεγχοι συνδέσεων των παροχών κ.ά.
- Αξιολόγηση της επίδρασης της παρούσας κατάστασης της υγείας του παιδιού σε σωματικό, ψυχικό, κοινωνικό και πνευματικό επίπεδο.
- Αξιολόγηση της επίδρασης της παρούσας κατάστασης της υγείας του παιδιού στους γονείς, αδέρφια, οικογένεια σε σωματικό, ψυχικό, κοινωνικό και πνευματικό επίπεδο.
- Διενέργεια προγραμματισμένης νοσηλευτικής φροντίδας ανάλογα με τον σκοπό της επίσκεψης.
- Διενέργεια νοσηλευτικής φροντίδας την οποία επιτάσσουν οι νέες νοσηλευτικές διαγνώσεις από την αξιολόγηση του παιδιού, της οικογένειας, των μελών.
- Λεπτομερής καταγραφή των ενεργειών και παρεμβάσεων που διενεργήθηκαν στο σπίτι, των αντιδράσεων/εκβάσεων του παιδιού και των γονέων σε αυτές κ.ά.

Κεφάλαιο 10 Προβληματισμοί και προκλήσεις για τη Νοσηλευτική της Οικογένειας

Σύνοψη

Σκοπός του παρόντος κεφαλαίου είναι να δώσει ερεθίσματα και να προβληματίσει τον νοσηλευτή/-τρια, έτσι ώστε να υποκινήσει τη συζήτηση και την ανταλλαγή απόψεων για τις προκλήσεις που αντιμετωπίζει σήμερα η νοσηλευτική της οικογένειας και, σε ευρύτερο πλαίσιο, η φροντίδα υγείας στο σπίτι και η κοινοτική νοσηλευτική. Προκλήσεις υγειονομικές, κοινωνικές, ακαδημαϊκές, επαγγελματικές, πολιτικές, οικονομικές και άλλες, σε εθνικό και διεθνές επίπεδο, ανοίγουν το πεδίο για την ενεργό εμπλοκή των νοσηλευτών της κοινότητας στη φροντίδα της οικογένειας, στην υγεία και στην ασθένεια.

Προαπαιτούμενη γνώση

Με εφόδιο τη γνώση των αρχών και της φιλοσοφίας της Κοινοτικής Νοσηλευτικής / Νοσηλευτικής Δημόσιας Υγείας και τις βασικές γνώσεις της Νοσηλευτικής Επιστήμης, με εφόδιο τη γνώση και τον προβληματισμό για τις τρέχουσες εξελίξεις σε κάθε επίπεδο του ανθρώπινου βίου, με εφόδιο την επιθυμία ενεργού εμπλοκής σε δράσεις που προάγουν την υγεία του πληθυσμού, έχουν γίνει τα τελευταία χρόνια μεγάλα βήματα προόδου όσον αφορά την Κοινοτική Νοσηλευτική / Νοσηλευτική Δημόσιας Υγείας και των εξειδικεύσεών της, τόσο σε επίπεδο άσκησης τους όσο και σε επίπεδο επιστημονικό και ερευνητικό.

Γλωσσάριο επιστημονικών όρων

Διεπιστημονική συνεργασία	Ευρωπαϊκό πρόγραμμα σπουδών για
Ειδικότητα Νοσηλευτική Δημόσιας Υγείας/Κοινοτικής Νοσηλευτικής	οικογενειακούς και κοινοτικούς νοσηλευτές
Εκπαίδευση νοσηλευτών στη φροντίδα της οικογένειας	ENHANCE
Ευθύνη για την υγεία	Παγκοσμιοποίηση
	Ρόλοι επαγγελματιών υγείας

Προβληματισμοί και προκλήσεις

Στο περιεχόμενο και στις αναφορές αυτού του «Εγχειριδίου αξιολόγησης της υγείας της οικογένειας στην κατ' οίκον νοσηλευτική φροντίδα» έγινε προσπάθεια να δοθούν στους αναγνώστες κάποια βασικά εφόδια για την αξιολόγηση και φροντίδα της οικογένειας από τον νοσηλευτή στην κοινότητα. Παρουσιάστηκαν οι βασικές έννοιες, έγινε αναφορά σε θεωρίες που καθοδηγούν τη νοσηλευτική πρακτική στην οικογένεια, έγινε σύντομη αναφορά σε εργαλεία που μπορούν να χρησιμοποιηθούν για την αξιολόγησή της, έγινε περιγραφή σε δύο βασικά μοντέλα αξιολόγησης από τον νοσηλευτή και παρέμβασης στην οικογένεια με ευρεία εφαρμογή ανά τον κόσμο, έγινε σύντομη παρουσίαση σε ενέργειες για την προετοιμασία του νοσηλευτή για τη συνάντηση και επικοινωνία με την οικογένεια και, τέλος, έγινε μια σύντομη αναφορά στη φροντίδα της οικογένειας στο πλαίσιο της ανακουφιστικής φροντίδας και της οικογένειας με άρρωστο παιδί.

Η οικογένεια είναι βασική μονάδα της κοινωνίας και για τον λόγο αυτόν απαιτεί εξειδικευμένη φροντίδα. Στο πέρας του χρόνου αποδεικνύεται ότι η οικογένεια είναι ανθεκτική και ευπροσάρμοστη, αλλάζει δομή, λειτουργίες και διαδικασίες προστασίας και φροντίδας των μελών. Παράλληλα, η παγκοσμιοποίηση έρχεται να προκαλέσει τη δομή, τις λειτουργίες, τα καθήκοντα και τις επιχειρούμενες λύσεις, επηρεάζοντας συγχρόνως και τη φροντίδα της από τους νοσηλευτές και τους άλλους επαγγελματίες υγείας.

Οι αλλαγές στα συστήματα υγείας, οι οποίες είναι αποτέλεσμα των γενικότερων εθνικών, κοινωνικών, οικονομικών και πολιτικών αλλαγών, δημιουργούν νέες προκλήσεις για τη φροντίδα της οικογένειας, οι οποίες σχετίζονται με τις ανάγκες υγείας της οικογένειας, το κόστος της φροντίδας, την προσβασιμότητα σε υπηρεσίες, τη συνέχεια στη φροντίδα. Οι κοινωνικοί προσδιοριστές της υγείας επηρεάζουν άμεσα την υγεία της

οικογένειας και το αντίστροφο, επηρεάζονται από αυτήν. Η νοσηλευτική της οικογένειας στην πράξη δέχεται σοβαρές προκλήσεις, καθώς η υγεία έχει μεταβιβαστεί και είναι στην ευθύνη της οικογένειας και του ατόμου, η φροντίδα υγείας είναι ευθύνη της οικογένειας, η ασθένεια ενός μέλους επιβάλλει την εύρεση λύσεων για τη φροντίδα του αλλά και την επιθυμία του πληθυσμού να λαμβάνει προηγμένη φροντίδα υγείας στο σπίτι.

Ο ρόλος των επαγγελματιών υγείας και των νοσηλευτών έχει αλλάξει. Η φροντίδα με επίκεντρο τον ασθενή προεκτείνεται στη φροντίδα με επίκεντρο την οικογένεια και εστιάζεται στη συμβουλευτική και καθοδήγηση της οικογένειας στη λήψη αποφάσεων και την εύρεση επιλογών, στη διδασκαλία των μελών στην αυτοφροντίδα, στη βοήθεια της οικογένειας να προσαρμόζεται και να ανακαλύπτει εσωτερικές δυνάμεις, ενώ, συγχρόνως, οι επαγγελματίες υγείας χρειάζεται να παρέχουν άμεση, υψηλού επιπέδου φροντίδα υγείας στο σπίτι. Για την επίτευξη των σύνθετων ρόλων των νοσηλευτών στη φροντίδα της οικογένειας απαιτείται υψηλό επίπεδο γνώσεων και δεξιοτήτων φροντίδας, ικανότητες διαχείρισης περίπτωσης, συνεργασίας με τη διεπιστημονική ομάδα και ικανότητες εφαρμογής του θεωρητικού πλαισίου φροντίδας στην πράξη.

Η εκπαίδευση των νοσηλευτών στη φροντίδα υγείας της οικογένειας και στη φροντίδα υγείας στο σπίτι ως ξεχωριστή εξειδίκευση είναι πλέον πραγματικότητα σε πολλά πανεπιστήμια του εξωτερικού. Η επιστημονικά τεκμηριωμένη φροντίδα της οικογένειας διαπιστώνεται στην πλούσια αρθρογραφία που αφορά τη φροντίδα της από τον κοινοτικό/οικογενειακό νοσηλευτή. Μεταπτυχιακά προγράμματα και διδακτορικές διατριβές ενισχύουν την πρακτική βασισμένη σε ενδείξεις και την έρευνα στην οικογενειακή νοσηλευτική, προσφέροντας στους ενδιαφερόμενους πληθώρα ερευνημάτων και γνώσεων.

Η διεπιστημονική συνεργασία γίνεται πλέον καθημερινότητα για τους επαγγελματίες υγείας σε πολλούς χώρους εργασίας όπως και στην κοινότητα. Η κουλτούρα της διεπιστημονικής συνεργασίας καλλιεργείται πλέον σε επίπεδο διεπιστημονικής εκπαίδευσης και τα οφέλη της αναγνωρίζονται και τεκμηριώνονται σε κάθε πλαίσιο φροντίδας. Στο πλαίσιο της κατ' οίκον νοσηλευτικής φροντίδας τα πλεονεκτήματα από τη λειτουργία της σχετίζονται με τη βελτίωση της ποιότητας της φροντίδας του χρήστη (παιδί, ενήλικα, ηλικιωμένο), στην οικογένεια και στους οικογενειακούς φροντιστές, στην ποιότητα και ικανοποίηση από την εργασία για τους ίδιους τους επαγγελματίες υγείας - μέλη της ομάδας και με πλεονεκτήματα στην αποδοτικότητα των υπηρεσιών και με οικονομο-διοικητικά οφέλη.

Επιπρόσθετα, μοντέλα φροντίδας όπως το Μοντέλο Φροντίδας των Χρονίως Πασχόντων των Wagner et al. (2005), το οποίο ενισχύει την αυτοφροντίδα των χρονίως πασχόντων στην κοινότητα και βελτιώνει την έκβαση υπό το γενικότερο πλαίσιο της οργανωτικής, διοικητικής και οικονομικής υποστήριξης σε κεντρικό και περιφερειακό επίπεδο, το πρόγραμμα Nurse Family Partnership (Dawly et al., 2007) για την παρακολούθηση της εγκυμοσύνης και των νεογνών, καθώς και άλλα, ενισχύουν τη φροντίδα της οικογένειας σε διαφορετικά στάδια του κύκλου ζωής της.

Σήμερα, στη χώρα μας, νοσηλευτική φροντίδα στην οικογένεια καλούνται να παρέχουν άμεσα οι νοσηλευτές που ασκούν την κατ' οίκον νοσηλευτική φροντίδα, οι κοινοτικοί και οι σχολικοί νοσηλευτές και οι νοσηλευτές που εργάζονται σε κοινοτικές δομές ψυχικής υγείας, με γνώσεις βασικές που έχουν αποκτήσει σε προπτυχιακό επίπεδο και με πυξίδα την επιθυμία για μάθηση και προσφορά φροντίδας υγείας στην κοινότητα.

Σε προπτυχιακό επίπεδο η εκπαίδευση των πτυχιούχων νοσηλευτών στη Νοσηλευτική της Οικογένειας έχει προσαρμοστεί στη σύγχρονη τάση και στις ανάγκες της εποχής, με την ένταξη του μαθήματος είτε στη διδασκαλία του μέσα στο γενικότερο πλαίσιο της Κοινοτικής Νοσηλευτικής αλλά, κυρίως, με την αναγνώριση της σημαντικότητας και την ένταξή του ως ξεχωριστού μαθήματος.

Σε μεταπτυχιακό επίπεδο σπουδών η Νοσηλευτική της Οικογένειας διδάσκεται στο πλαίσιο των μαθημάτων Κοινοτικής Νοσηλευτικής και Κατ' οίκον Νοσηλευτικής Φροντίδας ή Φροντίδας Υγείας στο Σπίτι των Προγραμμάτων Μεταπτυχιακών Σπουδών που αφορούν την «Κοινοτική Νοσηλευτική - Νοσηλευτική Δημόσιας Υγείας» του Τμήματος Νοσηλευτικής του Πανεπιστημίου Δυτικής Αττικής, στη «Διαχείριση Κρίσεων και Μαζικών Καταστροφών και Νοσηλευτική Δημόσιας Υγείας» του Τμήματος Νοσηλευτικής του Εθνικού και Καποδιστριακού Πανεπιστημίου Αθηνών και στο Διατμηματικό Πρόγραμμα Μεταπτυχιακών Σπουδών «Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας» του Πανεπιστημίου Θεσσαλίας.

Σε επίπεδο νοσηλευτικής ειδικότητας η νεοσύστατη ειδικότητα της «Νοσηλευτικής Δημόσιας Υγείας/Κοινοτικής Νοσηλευτικής» (ΦΕΚ 2656/τ' Β/30-6-2020) ανοίγει νέους ορίζοντες για τη φροντίδα των ατόμων (υγιών και ασθενών) και των οικογενειών στο περιβάλλον του σπιτιού. Μέσα σε ένα ολοκληρωμένο πρόγραμμα θεωρητικής εκπαίδευσης των ειδικευομένων εμπεριέχεται μεταξύ άλλων η εκπαίδευση στη νοσηλευτική της οικογένειας και την κατ' οίκον φροντίδα υγείας. Σε επίπεδο κλινικής εκπαίδευσης των ειδικευομένων νοσηλευτών στο Βιβλιάριο Εκπαίδευσης περιγράφονται γνώσεις και ειδικές δεξιότητες για τη φροντίδα της οικογένειας, κατά την άσκησή τους σε δομές Δημόσιας Υγείας (ΔΥ) και Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας (ΠΦΥ), έτσι ώστε να επιτευχθεί ο σκοπός και οι στόχοι της ειδικότητας της Νοσηλευτικής

Δημόσιας Υγείας/Κοινοτικής Νοσηλευτικής (Πίνακας 10.1). Στο πνεύμα των αρτιγενών Νοσηλευτικών ειδικοτήτων και η πρόσφατη υπουργική απόφαση υπ.Αριθμ.Γ6/Γ.Π.οικ. 45664 (ΦΕΚ 4262/τ Β’/10-8-2022) για τις “Αρμοδιότητες – Καθήκοντα Νοσηλευτών -τριών των Νοσοκομείων και των λοιπών Νοσηλευτικών Ιδρυμάτων του ΕΣΥ καθώς και των δημόσιων δομών παροχής υπηρεσιών Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας”, κατοχύρωσε θεσμικά την επαγγελματική δραστηριότητα του νοσηλευτή.

Στο πλαίσιο του ευρωπαϊκού προγράμματος σπουδών για οικογενειακούς και κοινοτικούς νοσηλευτές ENHANCE περιγράφηκαν οι 28 δεξιότητες του Οικογενειακού και Κοινοτικού Νοσηλευτή για το ανώτατο επίπεδο νοσηλευτή (EQF Level 6 και 7) και συσχετίστηκαν με κριτήρια δεξιοτήτων που προτείνονται από την European Multilingual Classification of Skills, Competences, Qualifications and Occupations (ESCO). Οι συγκεκριμένες δεξιότητες είναι προϊόν της μεθοδολογίας Delphi Study, στην οποία έλαβαν μέρος 23 εμπειρογνώμονες από 10 διαφορετικές χώρες, μεταξύ των οποίων και η Ελλάδα. Συνοπτική περιγραφή των δεξιοτήτων παρατίθεται στον Πίνακα 10.2. Είναι ιδιαίτερα ενδιαφέρον ότι οι δεξιότητες αυτές αποτέλεσαν τη βάση για τον σχεδιασμό ενός Ευρωπαϊκού Προγράμματος Σπουδών για Οικογενειακούς και Κοινοτικούς Νοσηλευτές (https://www.enhance-fcn.eu/wp-content/uploads/2021/05/Curriculum_final-draft-v4.pdf,

https://www.google.com/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=&cad=rja&uact=8&ved=2ahUKEwjxyc6a5OP5AhUEOXoKHbQICgIQFnoECAYQAQ&url=https%3A%2F%2Fwww.enhance-fcn.eu%2Fwp-content%2Fuploads%2F2021%2F05%2FCurriculum_final-draft-v4.pdf&usg=AOvVaw2a-VDVfu-pUar4iFzggdwP). Η πιλοτική εφαρμογή του Ευρωπαϊκού Προγράμματος Σπουδών για Οικογενειακούς και Κοινοτικούς Νοσηλευτές έγινε στην Ελλάδα από το Τμήμα Νοσηλευτικής του Πανεπιστημίου Θεσσαλίας.

Σήμερα ολόκληρος ο κόσμος βρίσκεται μάρτυρας μιας παγκόσμιας κρίσης, η οποία προκλήθηκε από την πανδημία COVID-19. Τα συστήματα υγείας βρέθηκαν απροετοίμαστα μπροστά σε αυτήν την παγκόσμια απειλή για τη δημόσια υγεία. Σε εξαιρετικά σύντομο χρόνο χρειάστηκε αφενός να αλλάξουν τη φιλοσοφία τους για την αντιμετώπιση αυτής της οξείας κατάστασης και αφετέρου να επενδύσουν εξίσου σε υπηρεσίες της κοινότητας (εμβολιαστικά κέντρα, κατ’ οίκον υπηρεσίες υγείας, κινητές μονάδες, φροντίδα υγείας σε υπηρεσίες της πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας, νοσοκομείο στο σπίτι κ.ά.). Τα μέτρα που λήφθηκαν για την ασφάλεια του πληθυσμού ενόησαν την εξαναγκαστική σωματική και ψυχική απομόνωση και εμπόδισαν την ελεύθερη έκφραση και συμμετοχή του ανθρώπου σε αγαπημένες δραστηριότητες που προάγουν την ευεξία του. Παράλληλα, η στενή αναγκαστική επαφή με τα μέλη της οικογένειας και η αβεβαιότητα για το μέλλον ενόησαν το βίωμα αρνητικών συναισθημάτων, την έκφραση αρνητικών συμπεριφορών, καθώς και την εμφάνιση ή την υποτροπή ψυχικών διαταραχών. Η οικογένεια και τα μέλη της βρέθηκαν σε κρίση. Συνεπώς, πρόκειται για μία ακόμη πρόκληση για τη φροντίδα υγείας του πληθυσμού στην κοινότητα και την οποία οι κοινοτικοί νοσηλευτές όχι μόνο δεν μπορούν να αγνοήσουν, αλλά αντίθετα θα πρέπει να την αδράξουν και να εμπλακούν τόσο σε επίπεδο σχεδιασμού πολιτικών υγείας όσο και σε επίπεδο κλινικής άσκησης της νοσηλευτικής.

Οι μεταρρυθμίσεις στα συστήματα υγείας φαίνεται ότι είναι απαραίτητο να συνοδεύσουν τη μετά την πανδημία COVID-19 εποχή με την αναδιοργάνωση στον σχεδιασμό, την οργάνωση και αξιολόγηση των υπηρεσιών υγείας, με βάση τα νέα δεδομένα. Η ανάπτυξη φιλικών προς την οικογένεια κοινωνικών πολιτικών, οικογενειακών πολιτικών και πολιτικών υγείας αποτελεί μέλημα πολλών επιστημόνων που έχουν αντικείμενο εργασίας και έρευνας τον άνθρωπο, μεταξύ άλλων και των νοσηλευτών, και σήμερα η εμπλοκή τους στη διαμόρφωση των πολιτικών είναι περισσότερο από επιβεβλημένη.

Έχοντας κατά νου τα ανωτέρω αλλά και την προσαρμοστικότητα και ανθεκτικότητα που διακρίνει τη δομή της οικογένειας προκειμένου να αντεπεξέρχεται στις λειτουργίες της αλλά και ανάγκες των μελών της, τα οποία επίσης εξελίσσονται συνεχώς, και υπό το πλαίσιο των συνεχώς μεταβαλλόμενων κοινωνικών, πολιτικών, οικονομικών συνθηκών, η φροντίδα για την υγεία της οικογένειας μοιάζει να είναι επένδυση για την υγεία του πληθυσμού.

Πίνακας 10.1 Ο σκοπός και οι στόχοι της Ειδικότητας Νοσηλευτικής Δημόσιας Υγείας / Κοινωνικής Νοσηλευτικής.

Κύριος σκοπός της ειδίκευσης στη Νοσηλευτική Δημόσιας Υγείας/Κοινωνική Νοσηλευτική είναι η ανάπτυξη δεξιοτήτων και συμπεριφορών από τους νοσηλευτές, ώστε α) να συμμετέχουν ενεργά στην προστασία, τη διατήρηση και την προαγωγή της υγείας του πληθυσμού στο πλαίσιο της αποστολής της Δημόσιας Υγείας (ΔΥ) β) να παρέχουν ποιοτική και αποτελεσματική νοσηλευτική φροντίδα σε όλο το φάσμα των υπηρεσιών της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας (ΠΦΥ). Οι παραπάνω σκοποί θα επιτευχθούν μέσα από τη θεωρητική και κλινική εκπαίδευση βάσει τεκμηρίων, καθώς και με τη συμβολή στην παραγωγή νέων γνώσεων με την ενεργητική συμμετοχή των ειδικευομένων στην έρευνα, που αφορά όλες τις υπηρεσίες ΠΦΥ και ΔΥ.

Επιμέρους στόχοι είναι οι νοσηλευτές Δημόσιας Υγείας/Κοινωνικής Νοσηλευτικής να είναι ικανοί να:

- Αναγνωρίζουν και αξιολογούν τους πολιτικούς, κοινωνικούς και οικονομικούς προσδιοριστές της υγείας με σκοπό τον σχεδιασμό παρεμβάσεων που θα διασφαλίζουν την προστασία και προαγωγή της υγείας και την πρόληψη της νόσου.
- Παρέχουν υπηρεσίες φροντίδας υγείας (πρόληψη και προαγωγή της υγείας, διάγνωση, θεραπεία, υποστήριξη και αποκατάσταση) στο άτομο, στην οικογένεια και στην κοινότητα, με στόχο τη βελτίωση της υγείας και της ποιότητας ζωής των ατόμων και των διαφόρων πληθυσμών.
- Κατανοούν τη σημασία ανίχνευσης των αναγκών υγείας της κοινότητας, της οικογένειας, των ατόμων, της επίδρασης των κοινωνικών, διαπολιτισμικών, οικολογικών προβλημάτων, των περιβαλλοντικών κινδύνων στην υγεία, της σημασίας του ορθού προγραμματισμού και της παροχής υπηρεσιών αγωγής, πρόληψης, προαγωγής και διατήρησης της υγείας, της ολοκληρωμένης ανακουφιστικής φροντίδας των ασθενών στην κοινότητα, των οποίων η νόσος δεν ανταποκρίνεται σε ριζική θεραπευτική αγωγή μέσω της επίτευξης καλύτερης ποιότητας ζωής για τους ασθενείς και τις οικογένειές τους.
- Προάγουν την υγεία του πληθυσμού ευθύνης τους, σε οποιοδήποτε πλαίσιο (Κέντρο Υγείας, σχολεία, χώρους εργασίας, υπηρεσίες δημόσιας υγείας κ.λπ.).
- Συμμετέχουν ενεργά στον συντονισμό και στη συνέχεια της φροντίδας και συμβάλλουν στη διασφάλιση της πρόσβασης στις υπηρεσίες υγείας.
- Εκτιμούν τις ανάγκες, σχεδιάζουν και παρέχουν ολοκληρωμένες υπηρεσίες κατ' οίκον νοσηλείας και εκπαιδεύουν τους φροντιστές των ασθενών.
- Διαχειρίζονται και παρακολουθούν ασθενείς με χρόνια προβλήματα υγείας στην ΠΦΥ.
- Αναλαμβάνουν την εκπαίδευση των ασθενών με στόχο της βελτίωσης της αυτοφροντίδας και τη βελτίωση της συμμόρφωσης με τη θεραπευτική αγωγή.
- Συμβάλλουν στη συστηματική παρακολούθηση και απόκριση σε κινδύνους υγείας και έκτακτες καταστάσεις.
- Συμμετέχουν στην προστασία της υγείας, περιλαμβανομένης της περιβαλλοντικής και επαγγελματικής υγείας, της ασφάλειας τροφίμων.
- Συμβάλλουν στη βελτίωση της αποδοτικότητας και της αποτελεσματικότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών ΠΦΥ.

Πηγή: Υπουργική Απόφαση Γ6α/Γ.Π.39226 (ΦΕΚ 2656/τΒ/30-6-2020) Καθορισμός διαδικασίας για τη λήψη ειδικότητας α) «Επείγουσας και Εντατικής Νοσηλευτικής» β) «Νοσηλευτικής Δημόσιας Υγείας/Κοινωνικής Νοσηλευτικής».

Πίνακας 10.2 Συνοπτική περιγραφή των δεξιοτήτων του νοσηλευτή της οικογένειας και κοινοτικού νοσηλευτή.

Ο νοσηλευτής της οικογένειας και ο κοινοτικός νοσηλευτής διαθέτουν δεξιότητες:	
<ul style="list-style-type: none"> • αξιολόγησης των αναγκών ατόμων και οικογενειών • εφαρμογής της νοσηλευτικής φροντίδας • εφαρμογής μέτρων για τη πρόληψη της ασθένειας, την προαγωγή και διατήρηση της υγείας • συνεργασίας με τη διεπιστημονική ομάδα • επικοινωνίας • χρήσης της καταγραφής και τεκμηρίωσης • εκπαίδευσης ασθενών, οικογενειών και φροντιστών • αξιολόγησης πολιτισμικού, κοινωνικού, οικονομικού περιβάλλοντος διαβίωσης των ατόμων 	<ul style="list-style-type: none"> • ηγεσίας • ενεργοποίησης εμπλοκής των ασθενών στη λήψη αποφάσεων • εφαρμογής κατάλληλων εργαλείων για την αξιολόγηση του ασθενή και των εκβάσεων • αξιοποίησης της τεχνολογίας • συμμετοχής στην ανάπτυξη και εφαρμογή προτύπων φροντίδας • ανακούφισης • συντονισμού • εκπαίδευσης φοιτητών κ.ά.

Θυμηθείτε ότι:

- Η νοσηλευτική της οικογένειας και γενικότερα η άσκηση της νοσηλευτικής στην κοινότητα δέχονται σήμερα πολυεπίπεδες προκλήσεις.
- Βασική μέριμνα των νοσηλευτών της κοινότητας πρέπει να είναι η ενεργός εμπλοκή τους στον σχεδιασμό, στην οργάνωση και αξιολόγηση των υπηρεσιών υγείας και στη διαμόρφωση πολιτικών υγείας.
- Υπό το πλαίσιο των συνεχώς μεταβαλλόμενων κοινωνικών, πολιτικών και οικονομικών συνθηκών, η φροντίδα της υγείας της οικογένειας, υπό την αιγίδα της δημόσιας υγείας, μοιάζει να είναι επένδυση για την υγεία του πληθυσμού.

Ξενόγλωση Βιβλιογραφία

- Bagnasco, A., Catania, G., Zanini, M., Pozzi, M., Aleo, G., Watson, R., & Hayter, M. (2022). Core competencies for family and community nurses: a European e-Delphi study. *Nurse Education in Practice* (in press), <https://doi.org/10.1016/j.nepr.2022.103296>.
- Bell, J. M. (2013). Family nursing is more than family centered care. *Journal of Family Nursing*, 19(4), 411-7.
- Booth, J., Tolson, D., Hotchkiss, Rh., & Schofield, I. (2007). Using action research to construct national evidence-based nursing care guidance for gerontological nursing. *Journal of Clinical Nursing*, 16, 945-953.
- Chesla, C. A. (2005). Family nursing: challenges and opportunities: the hand that feed us: strings and restrictions on funding on family nursing research. *Journal of Family Nursing*, 11, 340-343.
- Dawley, K., et al. (2007). The nurse family partnership. *American Journal of Nursing*, 107(1), 60-67.
- Deatrick, J. A. (2017). Where is “family” in the social determinants of health? Implications for family nursing practice, research, education, and policy. *Journal of Family Nursing*, 23(4), 423-433.
- Gutiérrez-Alemán, T., Esandi, N., Pardavila-Belio, M. I., Pueyo-Garrigues, M., Canga-Armayor, N., Alfaro-Díaz, C., & Canga-Armayor, A. (2021). Effectiveness of Educational Programs for Clinical Competence in Family Nursing: A Systematic Review. *Journal of Family Nursing*, 27(4), 255-274.
- Huang, Q., Ronghuang, Q., Yinhuang, R., Fanghuang, Y., & Yansun, H. (2021). Trends and hotspots of family nursing research based on Web of Science: A bibliometric analysis. *Japan Journal of Nursing Science*, 18(2), e12401.
- Luttik, M. L., Garcia-Vivar, C., Konradsen, H., Mahrer-Imhof, R., Imhof, L., Brodsgaard, A., ... & Kolbrun-Svavarsdottir, E. (2020). The COVID-19 pandemic: A family affair. *Journal of Family Nursing*, 26(2), 87-89.
- Martin, P., Duffy, T., Johnston, B., Banks, P., Harkess-Murphy, E., & Martin, C. R. (2013). Family health nursing: a response to the global health challenges. *Journal of Family Nursing*, 19(1), 99-118.
- Murray, I. (2008). Family health nurse project—an education program of the world health organization: the University of Stirling experience. *Journal of Family Nursing*, 14(4), 469-485.
- Wagner, E. H., et al. (2005). Finding common ground: patient centeredness and evidence based chronic illness care. *Journal of Alternative and Complimentary Medicine*, 11(1 suppl), 7-15.

Ελληνόγλωσση Βιβλιογραφία

- European curriculum for Family and Community Nurse [Ευρωπαϊκό Πρόγραμμα Σπουδών για Οικογενειακούς και Κοινοτικούς Νοσηλευτές] [ENHANCE – European curriculum for Family and Community Nurse \(enhance-fcn.eu\)](http://enhance-fcn.eu)
- Καλοκαιρινού, Α., & Αθανασοπούλου, Μ. (2009). *Νοσηλευτική της Οικογένειας*. Αθήνα, Εκδόσεις Βήτα.
- Καλοκαιρινού, Α., & Αδαμακίδου, Θ. (2014). *Κατ' οίκον νοσηλευτική φροντίδα, έννοιες, δεξιότητες, εφαρμογές*. Αθήνα, Εκδόσεις Βήτα.
- Καλοκαιρινού, Α., Αδαμακίδου, Θ., Βελονάκη, Β., Βιβιλάκη, Β., Καπρέλη, Ε., Κριεμπάρδης, Α., Λάγιου, Α., Λιονής, Χ., Μαρκάκη, Α., Μποδοσάκης, Π., Παπαδακάκη, Μ., & Σακελλάρη, Ε. (2015). *Εφαρμογές καλών πρακτικών ομάδας πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας* [Εργαστηριακός Οδηγός]. Κάλυπος, Ανοικτές Ακαδημαϊκές Εκδόσεις. <https://hdl.handle.net/11419/3301>
- Καλοκαιρινού, Α., και συν. (2021). Βιβλιάριο εκπαίδευσης ειδικότητας Νοσηλευτική Δημόσιας Υγείας/Κοινοτική Νοσηλευτική (ΦΕΚ 2656/τ. Β' /30-6-2020). Αθήνα, Υπουργείο Υγείας.
- Μουσσούρου, Λ. Μ. (2005). *Οικογένεια και οικογενειακή πολιτική*. Αθήνα, εκδόσεις Gutenberg.
- Υπουργική απόφαση Γ6α/Γ.Π.39226 (ΦΕΚ 2656/τ. Β' /30-6-2020) Καθορισμός διαδικασίας για τη λήψη ειδικότητας α) «Επείγουσας και Εντατικής Νοσηλευτικής» β) «Νοσηλευτικής Δημόσιας Υγείας/Κοινοτικής Νοσηλευτικής», Αθήνα, Υπουργείο Υγείας. Διαθέσιμο στο http://www.et.gr/idocs-nph/search/pdfViewerForm.html?args=5C7QrtC22wHUdWr4xouZundtvSoClrL8WV61VT5q8qIfPIRf9veiteJInJ48_97uHrMts-zFzeyCiBSQOpYnTy36MacmUFCx2ppFvBej56Mmc8Qdb8ZfRJqZnsIAdk8Lv_e6czmhEembNmZCMxLMtb9WZPtWCG5YNKHGXs3HUuNzYzlFpETTLHRkzUZvRqBv
- Υπουργική απόφαση υπ.Αριθμ.Γ6/Γ.Π.οικ. 45664 (ΦΕΚ 4262/τ. Β' /10-8-2022) Αρμοδιότητες – Καθήκοντα Νοσηλευτών-τριών των Νοσοκομείων και των λοιπών Νοσηλευτικών Ιδρυμάτων του ΕΣΥ καθώς και των δημόσιων δομών παροχής υπηρεσιών Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας. Διαθέσιμο στο https://www.google.com/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=&cad=rja&uact=8&ved=2ahUKewittofztuv5AhX0X_EDHfAyCDwQFnoECC8QAQ&url=http%3A%2F%2Fenne.gr%2Fwp-content%2Fuploads%2F2022%2F08%2Ffek-4262-10-08-2022.pdf&usg=AOvVaw3CKmkyCOm1YZTKSu_n0qod

Κριτήρια Αξιολόγησης

Κριτήριο Αξιολόγησης 1

Συζητήστε με ποιους τρόπους κάποια φαινόμενα όπως είναι για παράδειγμα: α) η πανδημία COVID-19, β) η οικονομική κρίση, γ) η διεπιστημονική εκπαίδευση, δ) η νοσηλευτική τεκμηριωμένη σε ενδείξεις, ε) η ειδίκευση στην κοινοτική νοσηλευτική, στ) η εμπόλεμη κατάσταση σε μια περιοχή, ζ) μια επισιτιστική κρίση κ.ά. μπορούν να επηρεάσουν την υγεία της οικογένειας και τους τρόπους παρέμβασης των κοινοτικών νοσηλευτών αλλά και άλλων επαγγελματιών στη φροντίδα και τη φροντίδα υγείας της οικογένειας.

Το *Εγχειρίδιο αξιολόγησης της υγείας της οικογένειας στην κατ' οίκον νοσηλευτική φροντίδα* είναι ένα ακαδημαϊκό σύγγραμμα το οποίο έχει στόχο να προσδώσει στον αναγνώστη νοσηλευτή διαθέσιμα εργαλεία για την αξιολόγηση της υγείας της οικογένειας και να αυξήσει την κατανόησή του στη χρήση τους προκειμένου να μπορεί να τα χρησιμοποιήσει στην καθημερινή κλινική άσκηση του έργου του.

Το εγχειρίδιο αυτό έρχεται να εξειδικεύσει σε γνώσεις που αφορούν την αξιολόγηση της υγείας της οικογένειας, και αξιοποιεί τις προϋπάρχουσες γνώσεις, δεξιότητες και ικανότητες του νοσηλευτή στην «κοινοτική νοσηλευτική» και στην «κατ' οίκον νοσηλευτική φροντίδα» ως προαπαιτούμενες.

Το εγχειρίδιο αποτελείται συνολικά από δέκα κεφάλαια. Με τα πρώτα τρία κεφάλαια επιχειρείται οι αναγνώστες να αποσαφηνίσουν βασικές έννοιες της οικογένειας και της νοσηλευτικής της οικογένειας, να εισαχθούν στην άσκηση της κατ' οίκον νοσηλευτικής φροντίδας, στο πλαίσιο της οποίας επιτελείται πολύ συχνά αλλά όχι αποκλειστικά η αξιολόγηση της οικογένειας, και να διασυνδέσουν τη θεωρητική γνώση με την κλινική πράξη. Τα κεφάλαια τέσσερα έως επτά περιγράφουν συγκεκριμένα εργαλεία για την αξιολόγηση της υγείας της οικογένειας από τον νοσηλευτή, με συγκεκριμένη αναφορά στη νοσηλευτική διεργασία, στο μοντέλο αξιολόγησης της οικογένειας της Friedman, στο μοντέλο Calgary για την αξιολόγηση και παρέμβαση στην οικογένεια, και στη συνάντηση και συνέντευξη με την οικογένεια. Στη συνέχεια, τα κεφάλαια οκτώ και εννέα εστιάζουν αντίστοιχα στην πολυδιάστατη και πολυπαραγοντική αξιολόγηση και νοσηλευτική φροντίδα της οικογένειας στο πλαίσιο της ανακουφιστικής φροντίδας, και της οικογένειας με άρρωστο παιδί. Τέλος, το εγχειρίδιο ολοκληρώνεται με το κεφάλαιο δέκα, το οποίο περιγράφει προβληματισμούς και προκλήσεις για τη νοσηλευτική της οικογένειας.

Το παρόν σύγγραμμα δημιουργήθηκε στο πλαίσιο του Έργου ΚΑΛΛΙΠΟΣ+	
Χρηματοδότης	Υπουργείο Παιδείας και Θρησκευμάτων, Προγράμματα ΠΔΕ, ΕΠΑ 2020-2025
Φορέας υλοποίησης	ΕΛΚΕ ΕΜΠ
Φορέας λειτουργίας	ΣΕΑΒ/Παράρτημα ΕΜΠ/Μονάδα Εκδόσεων
Διάρκεια 2ης Φάσης	2020-2023
Σκοπός	Η δημιουργία ακαδημαϊκών ψηφιακών συγγραμμάτων ανοικτής πρόσβασης (περισσότερων από 700) <ul style="list-style-type: none">• Προπτυχιακών και μεταπτυχιακών εγχειριδίων• Μονογραφιών• Μεταφράσεων ανοικτών textbooks• Βιβλιογραφικών Οδηγών
Επιστημονικά Υπεύθυνος	Νικόλαος Μήτρου, Καθηγητής ΣΗΜΜΥ ΕΜΠ
ISBN: 978-618-5726-20-1	DOI: http://dx.doi.org/10.57713/kallipos-154

Το παρόν σύγγραμμα χρηματοδοτήθηκε από το Πρόγραμμα Δημοσίων Επενδύσεων του Υπουργείου Παιδείας.