

ΑΛΕΞΑΝΔΡΕΙΟ ΤΕΧΝΟΛΟΓΙΚΟ ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΙΚΟ ΙΔΡΥΜΑ  
ΘΕΣΣΑΛΟΝΙΚΗΣ ΣΧΟΛΗ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ ΠΡΟΝΟΙΑΣ

ΤΜΗΜΑ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ

***Ο Συνοδός στο Ελληνικό Νοσοκομείο***

ΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

Γαλήνα Βασιλική  
Ζδραβικλή Αικατερίνη

Επιβλέπουσα Καθηγήτρια  
Δρ. Δημητριάδου Αλεξάνδρα

ΘΕΣΣΑΛΟΝΙΚΗ 2018

## ***Ο Συνοδός στο Ελληνικό Νοσοκομείο***

**Τριμελής\_Επιτροπή:**

**Δρ. Δημητριάδου Αλεξάνδρα, Καθηγήτρια (Επιβλέπουσα)**

**Δρ. Κουρκούτα Λαμπρινή, Καθηγήτρια**

**Δρ. Τσαλογλίδου Αρετή, Καθηγήτρια εφαρμογών**

## ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

ΠΡΟΛΟΓΟΣ.....	6
ΕΙΣΑΓΩΓΗ.....	7
Κεφάλαιο 1. Η ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΣΤΗ ΣΗΜΕΡΙΝΗ ΕΛΛΑΔΑ	
1.1 Ορισμοί και έννοιες.....	8
1.2 Η σημερινή κατάσταση στην Ελλάδα.....	9
1.3 Στελέχωση των νοσηλευτικών υπηρεσιών των νοσοκομείων.....	17
1.4 Σύνοψη κεφαλαίου.....	18
Κεφάλαιο 2. Ο ΝΟΣΗΛΕΥΤΗΣ ΚΑΙ ΟΙ ΡΟΛΟΙ ΤΟΥ	
2.1 Κώδικας δεοντολογίας νοσηλευτών.....	19
2.2 Ο ρόλος του νοσηλευτή.....	21
2.2.1 Ο κοινοτικός νοσηλευτής.....	22
2.2.2 Ο νοσηλευτής στο ρόλο του εκπαιδευτή.....	25
2.3 Καθήκοντα νοσηλευτή.....	27
2.5 Σύνοψη κεφαλαίου.....	29
Κεφάλαιο 3. Ο ΑΡΡΩΣΤΟΣ ΚΑΙ Η ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑ ΤΟΥ	
3.1 Ορισμοί.....	30
3.2 Ο ρόλος της οικογένειας.....	31
3.3 Η ψυχολογική υποστήριξη της οικογένειας στον ασθενή.....	32
3.4 Η φροντίδα των ασθενών.....	33
3.5 Η οικογένεια στο χώρο της υγείας.....	35
3.6 Κοινωνική υποστήριξη ασθενή.....	37
3.7 Σύνοψη κεφαλαίου.....	38
Κεφάλαιο 4. ΣΧΕΣΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΗ-ΑΣΘΕΝΟΥΣ	
4.1 Σχέση Νοσηλευτή-Ασθενούς.....	39
4.2 Σχέσεις νοσηλευτών-ασθενών από την οπτική των ασθενών.....	41
4.3 Διαφορετικές οπτικές αντίληψης της σχέσης νοσηλευτή-ασθενούς.....	43
4.4 Συναισθηματική Νοημοσύνη.....	44
4.5 Η συναισθηματική εργασία στη νοσηλευτική.....	52
Κεφάλαιο 5. Ο ΡΟΛΟΣ ΤΩΝ ΣΥΓΓΕΝΩΝ ΣΤΟ ΕΛΛΗΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ	
5.1 Ο ασθενής και οι συνοδοί του.....	54
5.2 Ο ρόλος των συγγενών στο ελληνικό νοσοκομείο.....	55
5.2.1 Οι συγγενείς σε ρόλο άτυπου φροντιστή.....	56

5.3 Μελέτη των συνθηκών διαβίωσης των συνοδών στο ελληνικό νοσοκομείο και των επιπτώσεων του.....	59
5.4 Σύνοψη κεφαλαίου.....	61
Συμπεράσματα- Προτάσεις.....	62
Βιβλιογραφία.....	63

## ΠΡΟΛΟΓΟΣ

Η νοσηλευτική είναι η τέχνη και επιστήμη υγείας η οποία ασχολείται με την καθημερινή και λεπτομερή φροντίδα των ατόμων, της οικογένειας και της κοινότητας για την πρόληψη, τη διατήρηση και την αποκατάσταση της υγείας σε όλο το φάσμα των φυσιολογικών βιοψυχοκοινωνικών λειτουργιών της. Το επάγγελμα του νοσηλευτή-ριας στις μέρες μας απαιτεί ιδιαίτερη σοβαρότητα καθώς οι ευθύνες που του επιρρίπτονται είναι ποικίλες. Η στενή συνεργασία με τους Ιατρούς είναι απαραίτητη γεγονός που καθιστά το επάγγελμα αυτό ακόμα πιο απαιτητικό. Οι κύριες ασχολίες των νοσηλευτών είναι : αιμοληψίες, ενέσεις, αλλαγές τραυμάτων ,περιποίηση κατάκλισης ,καθαρισμός και περιποίηση σώματος του ασθενούς ,μέτρηση ζωτικών σημείων και χορήγηση φαρμακευτικής αγωγής ,συνοδεία ασθενούς, έως και παροχή βοήθειας στον Ιατρό κατά την αντιμετώπιση σοβαρών τραυμάτων ή χειρουργικών επεμβάσεων. Ο νοσηλευτής έρχεται σε καθημερινή επαφή τόσο με τους ασθενείς όσο και με την οικογένεια του πάσχοντος

Συνοδός ασθενούς θεωρείται αυτός που έχει άδεια παραμονής στο θάλαμο του ασθενή από τον προϊστάμενο-η ή τον διευθυντή. Οι συνοδοί και οι ασθενείς θα πρέπει να ακολουθούν τις οδηγίες του προσωπικού , να συμβάλλουν στη διατήρηση της καθαριότητας και της τάξης ώστε να σταματήσει να επικρατεί η απογοητευτική κατάσταση που υπάρχει σε όλα τα νοσοκομεία της χώρας μας. Οι συνοδοί πολλές φορές αποτελούν εμπόδιο στους νοσηλευτές, μιας και εμποδίζουν στις νοσηλευτικές πράξεις λόγω της απαιτητικότητας που εκφράζουν .

Ευχαριστούμε θερμά την Πρόεδρο του τμήματός μας και την επιβλέπουσα καθηγήτρια κ. Αλεξάνδρα-Αλίκη Δημητριάδου για την πλήρη καθοδήγηση στην εργασία μας καθώς και για την υπευθυνότητα που έδειξε απαντώντας άμεσα σε όλες μας τις ανησυχίες για την πτυχιακή μας εργασία.

## **ΕΙΣΑΓΩΓΗ**

Με την εξέλιξη της τεχνολογίας η Ιατρική επιστήμη έχει κάνει τεράστια άλματα προόδου, όμως η περιποίηση των ασθενών από τα άτομα του οικογενειακού τους περιβάλλοντος αποτελεί αναπόσπαστο κομμάτι στην φροντίδα των ασθενών. Η οικογένεια έχει πρωταρχικό ρόλο στην εξέλιξη της υγείας ενός πάσχοντος διότι η ψυχολογία του είναι άρρηκτα συνδεδεμένη μαζί τους. Είναι δύσκολο να απομακρύνουμε τους συνοδούς από το πλευρό τους όσο και αν πολλές φορές κάνουν το έργο του νοσηλευτή εξαιρετικά δύσκολο.

Ένα όλο και αυξανόμενο φαινόμενο στη σημερινή εποχή αποτελεί η μεγάλη έλλειψη νοσηλευτικού προσωπικού στα νοσοκομεία. Το φαινόμενο αυτό είναι αποτέλεσμα της κακής οικονομικής κατάστασης που επικρατεί τα τελευταία χρόνια στην Ελλάδα καθώς και των άστοχων πολιτικών που έχουν εφαρμοστεί κατά καιρούς στο σύστημα Υγείας και Πρόνοιας.

Συμπερασματικά οι φροντιστές-συνοδοί είναι άτομα ευρείας ζωτικής σημασίας για την ομαλή αποκατάσταση του ασθενούς. Σκοπός αυτής της εργασίας είναι να αξιολογηθεί ο ρόλος του συνοδού και να αναδειχθεί κατά πόσο είναι αναγκαία η ύπαρξη του .

## **Κεφάλαιο 1: Η ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΣΤΗ ΣΗΜΕΡΙΝΗ ΕΛΛΑΔΑ**

### **1.1 Ορισμοί και έννοιες**

Η νοσηλευτική είναι η επιστήμη της υγείας που ασχολείται με την λεπτομερή φροντίδα των ασθενών, της οικογενείας και της κοινότητας με απώτερο σκοπό την πρόληψη της αρρώστιας, τη διατήρηση, την αποκατάσταση και την προαγωγή της υγείας του ατόμου, της οικογενείας και της κοινωνίας. (Αγορίτσα & Ρούπα, 2008).

Ο σκοπός της νοσηλευτικής είναι η φροντίδα του ατόμου. Η έννοια της φροντίδας αποτελεί τα θεμέλια της νοσηλευτικής θεωρίας που έχει ως σκοπό την διατήρηση της υγείας, την πρόληψη της νόσου ή την προσαρμογή σε διάφορες ελλειμματικές καταστάσεις που προκαλούν κάποιο πρόβλημα υγείας. Η φροντίδα που προσφέρει ο νοσηλευτής στο άτομο έχει ως χαρακτηριστικά την εμπιστοσύνη, την οικειότητα και την ευθύνη, ενώ οι νοσηλευτικές πράξεις εκπορεύονται από τον τρόπο με τον οποίο οι νοσηλευτές κατανοούν τις ανάγκες των συνανθρώπων τους με αποτέλεσμα την παρακίνηση τους να ενεργήσουν προς την ικανοποίηση αυτών των αναγκών. (Αγορίτσα & Ρούπα, 2008)

Η φροντίδα πρέπει να είναι βασισμένη σε πολλά γνωστικά αντικείμενα και πληροφορίες. Η ολιστική αξιολόγηση και η φροντίδα είναι έννοιες αδιάσπαστες της νοσηλευτικής διαδικασίας. Η ολιστική νοσηλευτική πηγάζει από τη φιλοσοφία του ολισμού με αποτέλεσμα να εξισορροπεί την τέχνη και την επιστήμη αναγνωρίζοντας την εξάρτηση και την αλληλεπίδραση του σώματος, του μυαλού και του πνεύματος. Η ολιστική προσέγγιση της φροντίδας δίνει έμφαση στη γνώση, τις θεωρίες, την πείρα, τη διαίσθηση και τη δημιουργικότητα. Η τοποθέτηση της νοσηλευτικής φροντίδας στα πλαίσια της ολιστικής πρακτικής κρίνεται απαραίτητη. (Αγορίτσα & Ρούπα, 2008)



## 1.2 Η σημερινή κατάσταση στην Ελλάδα

Το Εθνικό Σύστημα Υγείας (ΕΣΥ) επισημοποιήθηκε στη χώρα με τον νόμο 1397/1983. Τα κύρια γνωρίσματα του Εθνικού Συστήματος Υγείας στην Ελλάδα είναι :

- Μεικτό σύστημα
- Η χρηματοδότηση του συστήματος γίνεται από τη γενική φορολογία και την κοινωνική ασφάλιση.

Τα πλεονεκτήματα που επιφέρει η λειτουργία του Εθνικού συστήματος υγείας είναι :

- Η εξασφάλιση δίκαιης κατανομής των πόρων
- Η ενιαία και κεντρική χρηματοδότηση του συστήματος συμβάλλει στην αποτελεσματική διαχείρισή του και στον έλεγχο των δαπανών του
- Οι υπηρεσίες δημόσιας υγείας, πρόληψης και υγειονομικής διαφώτισης αποτελούν προτεραιότητα
- Δεν υπάρχει διαστρέβλωση στην άσκηση ιατρικής και η συνεργασία μεταξύ των γιατρών είναι καλή, αφού ο επαγγελματικός ανταγωνισμός είναι περιορισμένος
- Αναπτύσσεται καλή διαπροσωπική σχέση

Τα μειονεκτήματα του Εθνικού Συστήματος Υγείας είναι :

- Η ανάπτυξη γραφειοκρατίας επιβαρύνει την οικονομική και αποτελεσματική λειτουργία του συστήματος
- Η υπόθαλψη της επαγγελματικής χαλαρότητας των ιατρών
- Η εμφάνιση λίστας αναμονής σε νοσοκομεία για χειρουργικές επεμβάσεις
- Η περιορισμένη επιλογή ιατρού και νοσοκομείου που έχει ο ασθενής
- Η απουσία αποτελεσματικών μηχανισμών στο σύστημα που θα προάγουν την αποτελεσματικότητα, την ποιότητα και το μάνατζμεντ. (Χλέτσος, 2011)

Σε θεωρητικό επίπεδο, η (σχεδόν) απουσία λιστών αναμονής και το υψηλό επίπεδο φροντίδας προσμετρώνται θετικά στην αξιολόγηση ενός υγειονομικού συστήματος. Όμως, το ΕΣΥ παρουσιάζει μεγάλες λίστες αναμονής που συνδυάζονται

με την ανισομερή κάλυψη του πληθυσμού και την παροχή προνομίων σε ορισμένα «ευγενή» ταμεία. Αυτό αποτυπώνεται στους ιδιαίτερα χαμηλούς δείκτες ικανοποίησης των πολιτών από το σύστημα υγείας. ( Παπαθεοδώρου & Μωυσίδου, 2011)

Από την ποιότητα της παρεχόμενης υγειονομικής φροντίδας του συστήματος υγείας στην Ελλάδα παρουσιάζεται ιδιαίτερα χαμηλό ποσοστό ικανοποίησης των πολιτών. Αυτό το ποσοστό ανέρχεται μόλις στο 25% και είναι το χαμηλότερο μεταξύ των χωρών της ΕΕ(15) και κατά πολύ χαμηλότερο από το μέσο ποσοστό της ΕΕ(27). (Παπαθεοδώρου & Μωυσίδου, 2011)

Ένα φαινόμενο που επικρατεί σε όλα τα δημόσια νοσοκομεία είναι οι πολύωρες επισκέψεις των συγγενών στα νοσοκομεία. Αυτό δημιουργήθηκε με την ίδρυση του ΕΣΥ το 1983 που επιτρεπόταν στους συνοδούς να παραμένουν στο πλευρό του ασθενή πολλές ώρες. ( Αμανατίδου & Καραμάνη, 2013)

Το ΕΣΥ ακολουθεί τη θεμελιώδη αρχή «δωρεάν φροντίδα υγείας στον τόπο της χρησιμοποίησής της» και «ίση φροντίδα υγείας για όλους και για ίση ανάγκη» (Αποστολοπούλου & Παπαματθαϊάκη, 2009). Το Υπουργείο Υγείας, Πρόνοιας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων είναι αρμόδιο για την ομαλή λειτουργία των νοσοκομείων και Κέντρων Υγείας και για την παροχή των υπηρεσιών υγείας στους Έλληνες πολίτες. Η εγκαθίδρυση του ΕΣΥ είχε θετικά αποτελέσματα αλλά σύμφωνα με μελέτες υπάρχουν πολλές ανάγκες που δεν μπορούν να αντιμετωπιστούν. Υπάρχει μεγάλος πληθυσμός που δεν μπορούν να καλυφθούν οι ανάγκες του από τα τοπικά νοσοκομεία και έτσι, ο κόσμος αναγκάζεται να καταφεύγει στα αστικά κέντρα. Η έλλειψη υποδομής, η έλλειψη ιατρικού εξοπλισμού και νοσηλευτικού προσωπικού είναι οι βασικοί λόγοι που δημιουργούν προβλήματα (Sarountzi-Krepia et al., 2006; Δημητριάδου, 2008; Αποστολοπούλου & Παπαματθαϊάκη, 2009).

Επιπλέον, η χρηματοδότηση στην Ελλάδα αποτελεί πολύπλοκη διαδικασία. Οι πηγές χρηματοδότησης των δημόσιων νοσοκομείων προέρχονται από:

α) κρατικό προϋπολογισμό και το πρόγραμμα δημοσίων επενδύσεων

β) φορείς κοινωνικής ασφάλισης γ) ιδιωτικός τομέας Η χρηματοδότηση των υπηρεσιών υγείας βασίζεται κυρίως στα ασφαλιστικά ταμεία και λόγω του μεγάλου αριθμού των

δαπανών και έλλειψη χρημάτων δεν φτάνει ώστε να καλυφθούν όλες οι δαπάνες σε όλα τα νοσοκομεία και κέντρα υγείας (Αποστολοπούλου & Παπαματθαϊάκη, 2009).

Σήμερα, οι συνοδοί παραμένουν πολλές ώρες κοντά στον ασθενή για να βοηθήσουν με τη φροντίδα του αλλά και επειδή νιώθουν αυτή την ανάγκη. Κάποιες φορές και οι ίδιοι νοσηλευτές ζητάνε από τα μέλη της οικογένειας να παραμένουν περισσότερες ώρες στο νοσοκομείο καθώς υπάρχει σημαντική έλλειψη νοσηλευτικού προσωπικού. Η συμμετοχή των συγγενών στη φροντίδα των ασθενών αποτελεί αναπόσπαστο κομμάτι της άτυπης φροντίδας του συστήματος υγείας (SapountziKrepia et al., 2006).

### **1.3 Στελέχωση των νοσηλευτικών υπηρεσιών των νοσοκομείων**

Το νοσηλευτικό προσωπικό ασκεί μια πλήρη και ικανοποιητική επίδραση στην ποιότητα, και τις εκβάσεις υγείας που είναι συνάρτηση της επαρκούς σύνθεσης της ποσότητας και της ποιότητας του. Αυτό έχει ως αποτέλεσμα την μείωση των επιπλοκών, την μείωση των ημερών νοσηλείας, την μείωση της θνησιμότητας, και την μείωση των δαπανών. (Δημητριάδου, 2008)

Σύμφωνα με την διεθνή Νοσηλευτική έρευνα, που αφορούσε τις δεκαετίες 1980 έως τις αρχές του 1990 ,αναδείχθηκε η σχέση των επιπέδων στελέχωσης της νοσηλευτικής υπηρεσίας με την ποιότητα της παρεχόμενης φροντίδας στους ασθενείς και την επίδραση της στην έκβαση της ασθένειας. Ανάλογα με την ποιότητα του έργου που παράγουν οι νοσηλευτές και την ποιοτική και ποσοτική τους σύνθεση επηρεάζονται οι δείκτες της ποιότητας της νοσοκομειακής φροντίδας και της θνησιμότητας των ασθενών. Συγκεκριμένα το επίπεδο που διαθέτουν οι νοσηλευτές στην εκπαίδευση συνδέεται με την μείωση της θνησιμότητας των ασθενών. Αυτό συμβαίνει διότι το επίπεδο εκπαίδευσης αποτελεί παράγοντα που επηρεάζει την επαγγελματική κρίση του Νοσηλευτή. Επομένως η επάρκεια της στελέχωσης νοσηλευτών με την ανώτατη εκπαίδευση (πανεπιστήμιο) είναι απαραίτητο στοιχείο ενός ποιοτικού περιβάλλοντος εργασίας, διότι δημιουργεί συνθήκες όπου δίνεται στον νοσηλευτή η δυνατότητα αναγνώρισης τωρινών και μελλοντικών προβλημάτων, έχει την χρονική δυνατότητα να κρίνει ένα περιστατικό, να σχεδιάσει τις νοσηλευτικές παρεμβάσεις και να τις εφαρμόσει με ασφάλεια, μειώνοντας τα λάθη και ελέγχοντας του παράγοντες κινδύνου και τις αρνητικές εκβάσεις στους ασθενείς. (Δημητριάδου, 2008)

Η ελάχιστη και μηδαμινή στελέχωση σε νοσηλευτές ορίζεται ως μια από τις μεγαλύτερες απειλές στην διασφάλιση των ασθενών στα νοσοκομεία. (Δημητριάδου, 2008)

## 1.4 Σύνοψη κεφαλαίου

Η νοσηλευτική είναι η επιστήμη της υγείας που ασχολείται με την λεπτομερή φροντίδα των ασθενών, της οικογενείας και της κοινότητας με απώτερο σκοπό την πρόληψη της αρρώστιας, τη διατήρηση, την αποκατάσταση και την προαγωγή της υγείας του ατόμου, της οικογενείας και της κοινωνίας.

Το νοσηλευτικό προσωπικό ασκεί μια πλήρη και ικανοποιητική επίδραση στην ποιότητα, και τις εκβάσεις υγείας που είναι συνάρτηση της επαρκούς σύνθεσης της ποσότητας και της ποιότητας του. Αυτό έχει ως αποτέλεσμα την μείωση των επιπλοκών, την μείωση των ημερών νοσηλείας, την μείωση της θνησιμότητας, και την μείωση των δαπανών

## **Κεφάλαιο 2: Ο ΝΟΣΗΛΕΥΤΗΣ ΚΑΙ ΟΙ ΡΟΛΟΙ ΤΟΥ**

### **2.1 Κώδικας Δεοντολογίας της Νοσηλευτικής**

Για να ασκούν επαγγελματισμό και ακεραιότητα, οι σημερινοί νοσηλευτές πρέπει να έχουν στη διάθεσή τους ορισμένα βασικά στοιχεία που καθοδηγούν το επάγγελμα, όπως μια διαδικασία διαπίστευσης για την εκπαίδευση, ένα αυστηρό σύστημα αδειοδότησης και πιστοποίησης και ένα σχετικό κώδικα δεοντολογίας. Η Αμερικανική Ένωση Νοσηλευτών έχει καθοδηγήσει και υποστηρίξει τη νοσηλευτική πρακτική μέσω της δημιουργίας και της εφαρμογής ενός εθνικά αποδεκτού Κώδικα Δεοντολογίας για Νοσηλευτές με ερμηνευτικές δηλώσεις . (Epstein & Turner , 2015)

Ένας αποτελεσματικός δεοντολογικός κώδικας για τη νοσηλευτική πρακτική πρέπει να παρέχει καθοδήγηση σχετικά με τη διαχείριση δεοντολογικών προβλημάτων που προκύπτουν σε κοινωνικό επίπεδο, το οργανωτικό επίπεδο και το κλινικό επίπεδο. (Epstein & Turner , 2015)

Τα δεοντολογικά ζητήματα στην κλινική νοσηλευτική συχνά περιλαμβάνουν όχι μόνο διλήμματα στο κρεβάτι αλλά και διλήμματα σε οργανωτικό επίπεδο όπως την πλοήγηση σε ένα σύνθετο σύστημα για την προστασία ενός ασθενή ή την παροχή ποιοτικής φροντίδας ή τον εντοπισμό τρόπων συνεργασίας με συναδέλφους για διατήρηση ισχυρών εργασιακών σχέσεων και εμπιστοσύνης . Ο Κώδικας ( ANA, 2015b) μπορεί να προσφέρει κατεύθυνση για πολλαπλά επίπεδα άμεσης και έμμεσης φροντίδας. Ο Κώδικας εφαρμόζεται και σε άλλους τομείς της νοσηλευτικής πρακτικής, όπως η νοσηλευτική εκπαίδευση, η έρευνα και η χάραξη πολιτικής. Η προώθηση του επαγγέλματος μέσω της έρευνας και της πολιτικής μέσω της συμμετοχής σε συνειδητή συγκατάθεση, υπεράσπιση και λογοδοσία της πρακτικής αποτελούν παραδείγματα άλλων επαγγελματικών τομέων πρακτικής με πιθανά ηθικά διλήμματα που καθιστούν τις διατάξεις του Κώδικα σχετικό πόρο νοσηλείας. (Epstein & Turner , 2015)

Όπως και στο παρελθόν, ο ισχύων Κώδικας Δεοντολογίας με ερμηνευτικές δηλώσεις (ANA, 2015b) αποτελεί ένα κεντρικό θεμέλιο για το επάγγελμά μας το οποίο καθοδηγεί τους νοσηλευτές στις αποφάσεις και στη συμπεριφορά τους. Θεσπίζει ένα ηθικό πρότυπο που δεν είναι διαπραγματεύσιμο σε όλους τους ρόλους και σε όλες τις ρυθμίσεις. Ο Κώδικας γράφεται από νοσηλευτές για να εκφράσουν την κατανόησή τους για την επαγγελματική δέσμευσή τους στην κοινωνία. Περιγράφει τις αξίες, τις υποχρεώσεις, τα καθήκοντα και τα επαγγελματικά ιδανικά του επαγγέλματος. Οι διατάξεις και οι ερμηνευτικές δηλώσεις αντανακλούν τις ευρείες προσδοκίες χωρίς να εκφράζονται ακριβείς δραστηριότητες ή συμπεριφορές. Ο Κώδικας του 2015 "καλύπτει τις ατομικές και συλλογικές προθέσεις και τις δράσεις νοσηλείας. απαιτεί από κάθε νοσηλευτή να επιδείξει δεοντολογικές ικανότητες στην επαγγελματική ζωή "( ANA, 2015b, σ. vii). Οι πρακτικές της νοσηλευτή σε πολλές πολιτείες ενσωματώνουν τον Κώδικα Δεοντολογίας. Παρόλο που ο Κώδικας είναι πρωτίστως δεοντολογικός, έχει επίσης νομικές συνέπειες. Δεδομένης της σημασίας του κώδικα για το επάγγελμα σε τόσα πολλά επίπεδα, οι αναθεωρήσεις συνεχίζονται σε τακτική βάση(Epstein & Turner , 2015)

## 2.2 Ο ρόλος του νοσηλευτή

Ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας (WHO) ορίζει την προώθηση της υγείας ως μια διαδικασία που επιτρέπει στους ανθρώπους να αυξήσουν τον έλεγχο και να βελτιώσουν την υγεία τους (WHO, 1986). Για να διευκολύνουμε αυτή τη διαδικασία, πρέπει να παρέχουμε στους ανθρώπους τις κατάλληλες πληροφορίες. Οι νοσηλευτές έχουν βασικό ρόλο στην παροχή αυτών των πληροφοριών με τη μορφή διδασκαλίας υγείας. Οι νοσηλευτές είναι εκπαιδευμένοι, έμπειροι επαγγελματίες υγείας που είναι προσιτοί σε πολλές ρυθμίσεις. Οι νοσηλευτές μπορούν να κατευθύνουν τους ανθρώπους στους τοπικούς πόρους και να παρέχουν πληροφορίες υγείας και ευεξίας.<sup>(5)</sup>

Ο πρωταρχικός ρόλος του νοσηλευτή είναι να υποστηρίξει και να φροντίζει άτομα από κάθε εθνική προέλευση και θρησκευτικό υπόβαθρο και να τα στηρίζει μέσω της υγείας και της ασθένειας. Ωστόσο, υπάρχουν και διάφορες άλλες ευθύνες ενός νοσηλευτή που αποτελούν μέρος του ρόλου του, μεταξύ άλλων:

- ❖ Να καταγράψει το ιατρικό ιστορικό και τα συμπτώματα
- ❖ Να συνεργαστεί με την ομάδα για να σχεδιάσει τη φροντίδα των ασθενών
- ❖ Να υποστηρίξει την υγεία και την ευημερία του ασθενούς
- ❖ Να παρακολουθήσει την υγεία των ασθενών και τα σήματα καταγραφής
- ❖ Να χορηγήσει φάρμακα και θεραπείες
- ❖ Να λειτουργήσει τον ιατρικό εξοπλισμό
- ❖ Να εκτελέσει διαγνωστικές δοκιμές
- ❖ Να εκπαιδεύσει τους ασθενείς σχετικά με τη διαχείριση των ασθενειών
- ❖ Να παρέχει υποστήριξη και συμβουλές σε ασθενείς (Smith, 2018)



## 2.2.1 Ο κοινοτικός νοσηλευτής

Κατά περιόδους, ορισμένες μεταδοτικές ασθένειες και άλλα θέματα υγείας μπορούν να εξαπλωθούν σε ολόκληρη την κοινότητα. Αυτό μπορεί να συμβεί σε μικρές κοινότητες, μεγάλες πόλεις, αστικές περιοχές, περιφερειακές περιοχές ή ακόμη ολόκληρες χώρες. Μερικά παραδείγματα προβλημάτων υγείας που μπορεί να επηρεάσουν μια κοινότητα περιλαμβάνουν τον HIV, την εφηβική εγκυμοσύνη, τη γρίπη, την παχυσαρκία και την κατάχρηση ουσιών - για να αναφέρουμε μόνο λίγα. Αν αυτά τα προβλήματα υγείας της κοινότητας αγνοηθούν, θα μπορούσαν να ξεφύγουν από τον έλεγχο και να προκαλέσουν προβλήματα σε όλα τα μέλη της κοινότητας. (anonymous<sub>2</sub>)

Η εργασία ως νοσηλευτής της κοινότητας είναι ένας εξαιρετικός τρόπος για να συνδυάσεις την αγάπη της νοσηλείας και την αγάπη της κοινότητάς σου. Είναι η δουλειά ενός κοινοτικού νοσηλευτή υγείας να βοηθήσει να διατηρηθούν αυτά τα προβλήματα υγείας της κοινότητας υπό έλεγχο. Συχνά εργάζονται σε κοινοτικά κέντρα υγείας που προσφέρουν θεραπεία και συμβουλές σε μέλη της κοινότητας. Θα προσπαθήσουν επίσης να εκπαιδεύσουν την κοινότητα και να εργαστούν για την πρόληψη κοινών προβλημάτων υγείας. (anonymous<sub>1</sub>)

Οι κοινότητες χρειάζονται αυτούς τους τύπους νοσηλευτών για διάφορους λόγους. Το πιο σημαντικό είναι ότι αυτοί οι νοσηλευτές - που εργάζονται σε συνδυασμό με άλλους επαγγελματίες του τομέα της υγείας - μπορούν να συμβάλουν στη βελτίωση της υγείας μιας κοινότητας στο σύνολό της. Οι κοινοτικοί νοσηλευτές υγείας μπορούν επίσης να βοηθήσουν στην παροχή της απαραίτητης περίθαλψης σε κοινότητες που δεν διαθέτουν εύκολη πρόσβαση σε υγειονομική περίθαλψη. (anonymous<sub>2</sub>)

Οι κοινοτικοί νοσηλευτές εργάζονται σε ποικίλα περιβάλλοντα, από κλινικές και κέντρα υγείας έως κατοικίες και νοικοκυριά. Οι νοσηλευτές της κοινότητας βοηθούν το εθνικό σύστημα υγείας να ανταποκριθεί στις ανάγκες των ηλικιωμένων, των ατόμων με ειδικές ανάγκες ή των ευάλωτων ασθενών, οι οποίοι ενδέχεται να μην μπορούν να επισκεφθούν εύκολα το νοσοκομείο. (anonymous<sub>3</sub>)

Οι νοσηλευτές της κοινότητας εκπαιδεύονται να εκτελούν μια ποικιλία νοσηλευτικών διαδικασιών που μπορεί να περιλαμβάνουν βασική φροντίδα – όπως:

- ο έλεγχος της θερμοκρασίας, η αρτηριακή πίεση και η αναπνοή
- χορήγησης ενέσεων
- βοηθώντας τους γιατρούς με εξετάσεις και ιατρικές διαδικασίες
- τον καθαρισμό και την επάλειψη τραυμάτων
- τη δημιουργία ενδοφλέβιων στάσεων και την παρακολούθηση της συνεχούς φροντίδας

Οι νοσηλευτές της Κοινότητας παρέχουν επίσης μια σημαντική εκπαιδευτική και συμβουλευτική υπηρεσία για ασθενείς και οικογένειες , προσφέροντας πληροφορίες για διάφορες πτυχές της υγειονομικής περίθαλψης. Σε ορισμένες περιπτώσεις, οι νοσηλευτές της κοινότητας αναμένεται να παρέχουν φροντίδα έκτακτης ανάγκης - όπου οι ασθενείς έχουν υποστεί ατυχήματα ή έχουν υποστεί επιπλοκές, όπως καρδιακή ανακοπή.(anonymou3)

Ο ρόλος τους είναι κάτι περισσότερο από έναν τρόπο για την ανακούφιση των πολυάσχολων νοσοκομείων της Ελλάδας. Οι νοσηλευτές της κοινότητας προσφέρουν στους ασθενείς τους ένα επίπεδο συναισθηματικής υποστήριξης και ειδικεύονται στην «κοινή διαχείριση φροντίδας» για καταστάσεις στις οποίες ενδέχεται να εμπλέκονται κοινωνικές υπηρεσίες ή προγράμματα ευρύτερης περίθαλψης.(anonymou3)

Οι κοινοτικές θέσεις εργασίας νοσηλευτικής μπορεί να είναι υψηλής πίεσης: οι νοσηλευτές εργάζονται σε περιβάλλοντα που αλλάζουν καθημερινά και στερούνται πολλών πόρων που διατίθενται σε νοσοκομείο. Δεδομένης της απαιτητικής φύσης του ρόλου και του φάσματος των ασθενών που καλούνται να θεραπεύσουν, οι νοσηλευτές της κοινότητας πρέπει να διαθέτουν άριστες ικανότητες επικοινωνίας και ακρόασης, επιδεικνύοντας ευαισθησία στις ιδιαιτερότητες κάθε μοναδικής κατάστασης. (anonymou3)

## 2.2.2 Ο νοσηλευτής στο ρόλο του εκπαιδευτή

Ο ρόλος του εκπαιδευτή αναφέρεται :

- Στην εκπαίδευση σπουδαστών και φοιτητών νοσηλευτικής
- Στην εκπαίδευση ασθενών και συνοδών. (Δημητριάδου, 2008)

Ο νοσηλευτής ως επαγγελματίας υγείας είναι δάσκαλος της κοινωνίας σε θέματα υγείας και διδάσκει φροντίδα υγείας στον γενικό πληθυσμό. (Δημητριάδου, 2008). Ένας νοσηλευτής-εκπαιδευτής πρέπει να κατέχει γενικές γνώσεις, ειδικές παιδαγωγικές δεξιότητες επικοινωνίας και κυρίως θέληση για το αντικείμενο αυτό. Σύμφωνα με τους Φουντούκη Αντιγόνη (2012), Θεοφανίδης Δημήτριος (2012) τα χαρακτηριστικά ενός νοσηλευτή-εκπαιδευτή είναι η ενεργητικότητα και η διάθεση, η υπομονή, η κριτική ικανότητα, η παιδαγωγική κατάρτιση, οι ειδικές γνώσεις και δεξιότητες καθώς και η δεξιοτεχνία του στη μη λεκτική επικοινωνία. (Δημητριάδου, 2008).

### **Εκπαίδευση ασθενών και συνοδών**

Οι ασθενείς μέσα στα νοσοκομεία αντιμετωπίζουν μια στρεσογόνο κατάσταση με πολλά συναισθήματα και αντιδράσεις με αποτέλεσμα να μην είναι σε θέση να εκπαιδευτούν. Απ' την άλλη πλευρά το γεγονός της έλλειψης προσωπικού είναι μια από τις αιτίες να μην γίνεται σωστά η εκπαίδευση του ασθενούς. Παρ' όλα αυτά ο ασθενής έχει την ανάγκη να εκπαιδευτεί για την αντιμετώπιση της αρρώστιας του. Έρευνες έχουν δείξει ότι η σωστή εκπαίδευση των ασθενών μειώνει την επισκεψιμότητα στα περιφερειακά κέντρα υγείας και η επούλωση μιας χειρουργικής επέμβασης είναι πιο γρήγορη. (Φουντούκη & Θεοφανίδης, 2008)

Η εκπαίδευση των ασθενών γίνεται στα πλαίσια άτυπης φροντίδας και κατά κύριο λόγο από νοσηλευτές με ευαισθητοποίηση. Η εκπαίδευση γίνεται ταυτόχρονα με άλλες νοσηλευτικές πράξεις και μοιάζει ως παροχή πληροφοριών, εκπαίδευση λειτουργεί αντιστρόφως ανάλογα με το φόρτο εργασίας. Αυτό σημαίνει ότι όταν υπάρχει μεγάλος όγκος εργασίας η εκπαίδευση αντιμετωπίζεται ως δευτερεύουσα ανάγκη. (Δημητριάδου, 2008)

## **Εκπαίδευση σπουδαστών και φοιτητών νοσηλευτικής**

Την εκπαίδευση των σπουδαστών και των φοιτητών της νοσηλευτικής αναλαμβάνει συνήθως ένα έμπειρος νοσηλευτής του κλινικού χώρου. Στο Ηνωμένο Βασίλειο προς το τέλος της δεκαετίας του 1980 και μετά την υλοποίηση του Project 2000 αναπτύχθηκαν οι ευθύνες του εκπαιδευτή προς τους φοιτητές νοσηλευτικής:

- Παρέχει εποικοδομητική υποστήριξη προς τους φοιτητές
- Βοηθά τους φοιτητές προκειμένου να ενοποιήσουν τη θεωρία με την κλινική πρακτική
- Παρέχει στους φοιτητές ευκαιρίες μάθησης με τη μορφή των κλινικών εμπειριών, προκειμένου να καλύψουν τις εκπαιδευτικές τους ανάγκες
- Διατηρεί ένα αποτελεσματικό περιβάλλον μάθησης
- Ενεργεί ως νοσηλευτικό πρότυπο για τους φοιτητές
- Αξιολογεί την επίδοση των φοιτητών στην κλινική πρακτική
- Προσπαθεί για τη βελτίωση της κλινικής πρακτικής
- Συνεισφέρει στην ανάπτυξη του προγράμματος των φοιτητών.

Καλοί μέντορες θεωρούνται αυτοί που αισθάνονται πραγματικό ενδιαφέρον για τους φοιτητές. Η σχέση μέντορα - φοιτητή πρέπει να βασίζεται στη συνεργασία, στην συνέπεια και στον αμοιβαίο σεβασμό. (Κοτζαμπασάκη, 2006)

## 2.3 Καθήκοντα νοσηλεύτη

Οι νοσηλεύτες έχουν μία ευρεία σειρά καθηκόντων σε πολλές πλευρές της ιατρικής άσκησης. Η δουλειά τους περιλαμβάνει προγραμματισμό και καταγραφή στοιχείων των ασθενών, διατήρηση ιατρικών δεδομένων, εκτύπωση, χειρισμό τηλεφωνικών κλήσεων, αλληλογραφία, αναφορές, χειρόγραφα, καθώς και ευθύνη για τη φροντίδα του γραφείου, για θέματα ασφάλειας, διατήρηση λογαριασμών κ.ά. (Γιαννοπούλου, 2005).

Σύμφωνα με τον υπουργό Μαυρούδη Βορίδη (2015) μερικά από τα καθήκοντα του νοσηλεύτη στα νοσοκομεία είναι :

- Η εφαρμογή νοσηλευτικής διεργασίας.
- Η λήψη νοσηλευτικού ιστορικού.
- Η νοσηλευτική διάγνωση, σύμφωνα με την ισχύουσα διεθνή ταξινόμηση και τα ισχύοντα νοσηλευτικά πρωτόκολλα. Ο σχεδιασμός, η εφαρμογή και η αξιολόγηση της νοσηλευτικής φροντίδας
- Η ενημέρωση και εκπαίδευση της οικογένειας σε δικαιώματα, υποχρεώσεις και διαθέσιμες υπηρεσίες που αφορούν στον ασθενή
- Η εκπαίδευση ασθενούς για αυτοφροντίδα και εκπαίδευση οικογενειακών μελών για την συνέχιση φροντίδας του ασθενούς στο σπίτι, τη συμμόρφωση με τα θεραπευτικά πρωτόκολλα, τις επιπλοκές των νόσων, την αντιμετώπιση και φροντίδα αυτών
- Η εξέταση αίματος και ούρων για σάκχαρο και οξόνη με χρήση stick.
- Η μέτρηση, καταγραφή, αξιολόγηση των Ζωτικών Σημείων.
- Η μέτρηση κεντρικής φλεβικής πίεσεως.
- Η μέτρηση και αξιολόγηση κορεσμού οξυγόνου.
- Η εφαρμογή κλασσικών θεραπειών πόνου, σύμφωνα με τα ισχύοντα
- Θεραπευτικά νοσηλευτικά πρωτόκολλα.

## 2.4 Σύνοψη κεφαλαίου

Για να ασκούν επαγγελματισμό και ακεραιότητα, οι σημερινοί νοσηλευτές πρέπει να έχουν στη διάθεσή τους ορισμένα βασικά στοιχεία που καθοδηγούν το επάγγελμα, όπως μια διαδικασία διαπίστευσης για την εκπαίδευση, ένα αυστηρό σύστημα αδειοδότησης και πιστοποίησης και ένα σχετικό κώδικα δεοντολογίας. Ο νοσηλευτής έχει διάφορους ρόλους όπως αυτόν του κοινοτικού νοσηλευτή και της εκπαίδευσης. Η εργασία ως νοσηλευτής της κοινότητας είναι ένας εξαιρετικός τρόπος για να συνδυάσεις την αγάπη της νοσηλείας και την αγάπη της κοινότητάς σου. Ο νοσηλευτής ως επαγγελματίας υγείας είναι δάσκαλος της κοινωνίας σε θέματα υγείας και διδάσκει φροντίδα υγείας στον γενικό πληθυσμό. Όπως διαπιστώνεται οι νοσηλευτές έχουν μία ευρεία σειρά καθηκόντων σε πολλές πλευρές της ιατρικής άσκησης.

## **Κεφάλαιο 3 : Ο ΑΡΡΩΣΤΟΣ ΚΑΙ Η ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑ ΤΟΥ**

### **3.1 Ορισμοί**

Ο Slikkerveer (1990) αναφέρει ότι η αρρώστια δεν είναι μια απλή κατάσταση των ατόμων αλλά μια κοινωνική διαδικασία συνοδευόμενη από έναν ειδικό τύπο συμπεριφοράς, γνωστής ως «συμπεριφορά αρρώστιας»

Επίσης ο Slikkerveer (1990) ορίζει την «ασθένεια» ως ένα κοινωνικό προσδιοριστικό στοιχείο της , προκειμένου να δηλωθεί ο περιορισμός της ικανότητας ανταπόκρισης στις κοινωνικές λειτουργίες εξαιτίας νόσου ή αρρώστιας

Η οικογένεια ορίζεται από ένα σύνολο ατόμων που αποτελείται από τους συζύγους, τα τέκνα και κάποιες φορές από τρίτα μέλη που σχετίζονται μεταξύ τους με συγγενικούς δεσμούς. Βασική ιδιότητα της οικογένειας είναι η ανταλλαγή οικιακών υπηρεσιών, η κάλυψη βιολογικών και ψυχολογικών αναγκών και η διαιώνιση του είδους.

Στη σημερινή κοινωνία η οικογένεια διακρίνεται σε:

- ❖ Πυρηνική οικογένεια: αποτελεί την κύρια μορφή οικογένειας. Δημιουργείται με το γάμο και αποτελείται από τους συζύγους μόνο ή από τους συζύγους και τα παιδιά τους.
- ❖ Μονογονεϊκή οικογένεια: αποτελείται από ένα ή περισσότερα παιδιά και τον έναν γονέα. Σε αυτόν τον τύπο οικογένειας συμπεριλαμβάνονται και οι ανύπαντρες μητέρες με παιδιά.
- ❖ Οικογένεια χωρίς γάμο: αποτελείται από ζευγάρια που συζούν, με ή χωρίς παιδιά.
- ❖ Εκτεταμένη οικογένεια: αποτελείται από τρεις ή περισσότερες γενιές που ζουν στο ίδιο σπίτι (π.χ. παππούς-γιαγιά, γονείς, παιδιά). ( Αποστολόπουλος, και συν., 2015)

### 3.2 Ο ρόλος της οικογένειας

Όπως όλοι γνωρίζουμε από τα πρώτα βήματα της ζωής του ανθρώπου μέχρι και σήμερα ο σημαντικότερος θεσμός της κοινωνίας είναι η οικογένεια. Όσο η οικογένεια, από την αρχή της δημιουργίας της, είναι υγιής και με στέρεες βάσεις ,τότε και η κοινωνία αντίστοιχα θα είναι υγιής και με ένα βέβαιο και χωρίς εντάσεις μέλλον.

Βασικός της στόχος της είναι να διαπαιδαγωγεί τα μέλη της να αποκτήσουν αξίες και αρχές, να διαμορφώνει σωστά το χαρακτήρα τους ώστε μεγαλώνοντας να μπορούν να σταθούν επάξια στην κοινωνία, να μπορούν να αναλαμβάνουν ευθύνες και πρωτοβουλίες, να αγωνίζονται συνεχώς και να μάθουν να αντιμετωπίζουν τις δυσκολίες που θα προκύψουν σε κάποια περίοδο της ζωής τους.

Ο ρόλος της οικογένειας είναι:

α) η βιολογική αναπαραγωγή της κοινωνίας, δηλαδή η γέννηση και ανατροφή απογόνων, ώστε να διατηρούνται και να αναπτύσσονται οι ανθρώπινες κοινωνίες

β) η αγωγή, η εκπαίδευση και η κοινωνικοποίηση των ατόμων, δηλαδή η προετοιμασία των νέων, ώστε να ενταχθούν με ομαλό τρόπο στην κοινωνία και να μπορέσουν να αντιμετωπίσουν τη ζωή τους ως υπεύθυνα άτομα και ως υπεύθυνοι πολίτες

γ) η αμοιβαία προστασία και υποστήριξη των μελών της, που πηγάζουν από την αγάπη και τη στοργή που τα συνδέει. (Αποστολόπουλος και συν, 2015)



### 3.3 Η ψυχολογική υποστήριξη της οικογένειας στον ασθενή

Η οικογένεια αποτελεί αναπόσπαστο κομμάτι στην ψυχολογική υποστήριξη των ασθενών. Τα μέλη της οικογένειας όχι μόνο καλύπτουν τις βασικές ανάγκες του αρρώστου αλλά τον βοηθούν να μειώσει το άγχος του, τον ενθαρρύνουν ώστε να αντιμετωπίσει με περισσότερη ευκολία την θεραπεία που του έχει χορηγηθεί, καθώς επίσης τον προτρέπει να ασχοληθεί με δραστηριότητες που αφορούν την αυτοφροντίδα του. Το άγχος του ασθενή επηρεάζεται από τη σημαντικότητα της κατάστασης στην οποία βρίσκεται. Στο άγνωστο περιβάλλον του νοσοκομείου ο ασθενής νιώθει «έξω από τα νερά του», επομένως τα επίπεδα του στρες αυξάνονται λόγω των διαφορετικών καινούριων συνθηκών που βιώνει. (Διώτη & Γιαννοπούλου, 2010)

Καταλυτικό ρόλο στη γρήγορη προσαρμογή του ασθενή στο νέο χώρο που βρίσκεται συμβάλλει ο οικογενειακός και συγγενικός κύκλος. Όσο οι σχέσεις μεταξύ τους είναι καλές και του συμπαραστέκεται σε όλη τη διάρκεια της νοσηλείας του η αποκατάσταση της υγείας είναι πιθανό να επέλθει σε ταχύτερο χρονικό διάστημα από το αναμενόμενο. Αρκετές είναι οι περιπτώσεις όμως, όπου η οικογένεια αρνείται να αποδεχθεί την κατάσταση που επικρατεί και αυτό έχει ως αποτέλεσμα να παρεμβαίνει στο έργο των ιατρών και να δυσκολεύει τους νοσηλευτές. Το σημαντικό είναι να δώσουν στον ασθενή να καταλάβει ότι η κατάσταση είναι αναστρέψιμη(όσο σοβαρή και αν είναι ) για να μην το «φορτώνουν» με περισσότερα προβλήματα.. Οφείλουν να σταθούν διακριτικά στο πλευρό του και να του τονώνουν το ηθικό για όσο χρονικό διάστημα χρειαστεί. . (Διώτη & Γιαννοπούλου, 2010)

Προκειμένου οι γονείς και οι συγγενείς να μπορούν να παρέχουν αποτελεσματική ψυχολογική υποστήριξη στο δικό τους άρρωστο, το Ιατρικό και Νοσηλευτικό προσωπικό θα πρέπει διατηρεί στενή επικοινωνία μαζί τους, ενώ παράλληλα θα πρέπει να τους παρέχει την κατάλληλη ενημέρωση σχετικά με την κατάσταση του αρρώστου και την εξέλιξη του θεραπευτικού προγράμματος. (Διώτη & Γιαννοπούλου, 2010)

### 3.4 Η φροντίδα των ασθενών

Τα τελευταία χρόνια έχουν γίνει πάρα πολλές έρευνες ώστε να αποσαφηνιστεί η έννοια της φροντίδας. Ωστόσο ακόμα και σήμερα δεν έχει βρεθεί κάποιος ορισμός όπου να την καλύπτει πλήρως. Η έλλειψη της σαφήνιάς της είναι κάπως ανησυχητική, δεδομένου ότι η φροντίδα προτείνεται να είναι η ουσία της νοσηλευτικής και οδηγός της πρότυπης νοσηλευτικής πρακτικής. (Κατσαρού, 2014)

Η παρουσία της οικογένειας στο νοσοκομείο, κατά τη διάρκεια της νοσηλείας του αρρώστου, ενισχύεται από την αντίληψη της ολιστικής φροντίδας του αρρώστου. Η Νοσηλευτική ως επιστήμη, και τέχνη υποστηρίζει μία ανθρωποκεντρική και ολιστική θεώρηση της φροντίδας. Συνεπώς, για την επίτευξη μίας ολιστικής φροντίδας του αρρώστου απαιτείται η συνεχής επικοινωνία του νοσηλευτή με την οικογένειά του. (Κατσαρού, 2014)

Άρρωστοι, επισκέπτες, νοσηλευτές και γιατροί έχουν εκφράσει κοινές πεποιθήσεις για τη θετική συμβολή της οικογένειας στη φροντίδα του αρρώστου στο νοσοκομείο. Οι ίδιοι οι επισκέπτες επιθυμούν να έχουν το ρόλο του εμπυχωτή, επιβλέποντα, φροντιστή, συντρόφου, ηθοποιού.

### 3.5 Η οικογένεια στο χώρο της υγείας

Η παρουσία της οικογένειας στο νοσοκομείο έχει θετική επιρροή τόσο για τους ασθενείς όσο και για το προσωπικό. Οι συνοδοί φροντίζουν για την ψυχολογική αλλά και τη συναισθηματική υποστήριξη των ασθενών. Οι σημαντικότερες δραστηριότητες που μπορεί να εκτελέσει η οικογένεια κατά τη νοσηλεία ενός μέλους της στο νοσοκομείο είναι :

- ❖ Η διατήρηση του προσανατολισμού και της επικοινωνίας του αρρώστου με την υπόλοιπη οικογένεια και το κοντινό περιβάλλον
- ❖ Η ενθάρρυνση και ο εφησυχασμός του αρρώστου
- ❖ Η συναισθηματική και ψυχολογική υποστήριξη του αρρώστου
- ❖ Η εκπροσώπηση του αρρώστου και η ενημέρωσή του για θέματα που τον αφορούν
- ❖ Η συνεργασία για το θεραπευτικό πρόγραμμα του αρρώστου
- ❖ Η συμμετοχή στο σχεδιασμό της φροντίδας του αρρώστου.
- ❖ Η συμμετοχή στο σχεδιασμό της φροντίδας του αρρώστου
- ❖ Η συμμετοχή στην παροχή φροντίδας του αρρώστου (Μπέλλου-Μυλωνά & Γερογιάννη, 2010)

Παρόλα αυτά το να βρίσκεται κάποιο συγγενικό πρόσωπο στο νοσοκομείο δεν είναι εύκολο και αυτό μπορεί να προκαλέσει εντάσεις που μπορούν να φέρουν την οικογένεια σε ρήξη. Για να αποφευχθεί μια τέτοια ρήξη είναι σημαντικό να εκτιμηθούν οι ανάγκες της οικογένειας οι οποίες έχουν ταξινομηθεί ως εξής :

**A. Ανάγκες γνώσεων συγγενών.** Πολλές φορές έχει παρατηρηθεί ότι οι συγγενείς δεν γνωρίζουν πώς να φροντίσουν έναν άρρωστο. Για το λόγο αυτό θα πρέπει να ενημερώνονται σχετικά με την πρόοδο της κατάστασης του αρρώστου, τη θεραπεία, το πρόγραμμα της νοσηλευτικής φροντίδας και τη γενικότερη φροντίδα που παρέχεται στο νοσοκομείο.

**B. Συναισθηματικές ανάγκες οικογένειας.** Η οικογένεια θα πρέπει να βρίσκεται κοντά στον άρρωστο, να νιώθει ότι είναι αποδεκτή από το προσωπικό, να εκπαιδεύεται ώστε να παρεμβαίνει στον άρρωστο και να νιώθει ότι το προσωπικό ενδιαφέρεται για τον δικό τους άνθρωπο.

**Γ. Προσωπικές ανάγκες οικογένειας.** Στις ανάγκες της οικογένειας περιλαμβάνονται οι προσωπικές τους ανάγκες στο νοσοκομείο, όπως το χρειάζονται και αυτοί ένα χώρο στον οποίο μπορούν να ξεκουραστούν, να φροντίσουν την προσωπική τους υγιεινή καθώς και κάποιοι χώροι φαγητού. ( Μπέλλου-Μυλωνά, Π. & Γερογιάννη, 2010)

### 3.6 Η κοινωνική υποστήριξη των ασθενών

Ο Mattson (2011) βασιζόμενος στους ορισμούς άλλων ερευνητών (Albrecht & Adelman 1987, Gottlieb 2000) καταλήγει σε έναν ευρύτερο, ο οποίος αποδίδει την κοινωνική υποστήριξη ως «μια συναλλακτική, επικοινωνιακή διεργασία που περιλαμβάνει την λεκτική και μη λεκτική επικοινωνία, με στόχο τη βελτίωση της αίσθησης του ατόμου αναφορικά με την ικανότητα διαχείρισης του προβλήματός του, της αυτοεκτίμησης καθώς και της αίσθησης του ανήκει».

Στις μέρες μας ο ρόλος της κοινωνικής υποστήριξης των ασθενών φαίνεται να είναι πολύ σημαντικός καθώς συμβάλλει στη σωματική και στην ψυχική υγεία. Πολλές έρευνες έχουν δείξει ότι οι ασθενείς είχαν θετικά αποτελέσματα σχετικά με την έκβαση της νόσου και στην θεραπευτική αγωγή που τους είχε δοθεί. Επίσης κάποιοι ασθενείς αποκτούν πολύ καλές σχέσεις με τα μέλη της κοινότητας και αυτό τους έχει βοηθήσει στο να ζουν πιο ποιοτικά. (Ποντισίδης & Μπελλάλη, 2015)

Ωστόσο η Κοινωνική Υποστήριξη μπορεί να διαχωριστεί σε δύο ομάδες :

**A.** στην αντικειμενική όπου αφορά την υποστήριξη που λαμβάνει το άτομο στην πράξη και

**B.** αντιλαμβανόμενη ή υποκειμενική όπου αφορά την πεποίθηση του ατόμου σχετικά με τη διαθεσιμότητα της υποστήριξης, η οποία μπορεί να είναι θετική ή αρνητική (positive or negative perceived support) και περιλαμβάνει το τι θεωρεί το ίδιο το άτομο ότι χρειάζεται, σε αντίθεση ή σε συμφωνία με την υποστήριξη που τελικά λαμβάνει. (Ποντισίδης & Μπελλάλη, 2015)

### **3.7 Σύνοψη κεφαλαίου**

Συμπερασματικά στο κεφάλαιο αυτό μελετήσαμε την σχέση του ασθενή με το οικογενειακό του περιβάλλον και το πώς επιδρούν στη ψυχολογία του. Τονίσαμε το ρόλο της οικογένειας στη ζωή ενός ανθρώπου και τη σημαντικότητα της ύπαρξής της. Στις μέρες μας η φροντίδα των ασθενών πραγματοποιείται κατά βάση από το έργο των νοσηλευτών όμως η έλλειψη αυτού σε πολλά νοσοκομεία οδηγεί την οικογένεια να πάρει την κατάσταση στα χέρια της.

## **ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4: ΣΧΕΣΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΗ -ΑΣΘΕΝΟΥΣ**

### **4.1 Σχέση Νοσηλευτή-Ασθενούς**

Είναι γεγονός ότι οι σχέσεις νοσοκόμων-ασθενών περιλαμβάνουν μια συναισθηματική σχέση μεταξύ ανθρώπων, που είναι πάντα παρούσα και είναι θεμελιώδης για κάθε στιγμή της νοσηλευτικής πρακτικής (Hartrick Doane & Varcoe, 2005). Αυτή η συναισθηματική σχέση γίνεται εμφανής μέσα από την ικανότητα των νοσοκόμων και από τη γνώση και την εμπειρία που έχουν αποκτήσει λόγω της επαγγελματικής σοφίας (Halldorsdottir, 2008; Kleiman, 2009).

Οι σχέσεις στο τομέα της νοσηλευτικής θεωρούνται ποιοτικά διαφορετικά από τις “σχετικές θέσεις δύο αντικειμένων σε χρόνο και χώρο” (Armstrong, 1983,). Οι σχέσεις δημιουργούνται μεταξύ της νοσοκόμας και του ασθενούς. Αυτή η “ειδικού” τύπου σχέση επιτυγχάνεται με την φροντίδα των αναγκών το ασθενή και με την συμπαράσταση σε αυτόν ( Armstrong 1983). Οι ανθρώπινες σχέσεις αποτελούν μια διαδικασία φροντίδας καθώς περιλαμβάνουν ένα σύνολο πεπαιθώσεων, προθέσεων, γνώσεων, δεσμεύσεων και ενεργειών των ανθρώπων στη σχέση ( Watson, 1988).

Οι σχέσεις αναπτύσσονται με αμφίδρομο τρόπο, με την νοσοκόμα και τον ασθενή να επιλέγουν να αποκαλύπτουν ή να αποκρύπτουν πτυχές του εαυτού τους ως απάντηση στις αλληλεπιδράσεις τους. (Aranda & Street, 1999). Η εμπειρία λόγω σχέσεων δεν είναι μόνο η προαγωγή της υγείας, αλλά είναι επίσης ένας τρόπος σύνδεσης και εμπλοκής με τους ανθρώπους. Αυτού του είδους ο δεσμός μπορεί να τροποποιηθεί όταν ο νοσηλευτής παρουσιάζει έναν συγκεκριμένο μοντέλο στηριζόμενο στις σχέσεις, συμπεριφέρεται στον ασθενή σαν ολότητα καθώς εκτός από την φροντίδα που του παρέχει ακούει και τις εμπειρίες της ζωής που έχουν πιθανότατα επηρεάσει τον ασθενή (Hartrick, 2002).). Με άλλα λόγια η σχέση ασθενούς-νοσηλευτή είναι απαραίτητη για να μπορεί η νοσηλευτική να επιτύχει το σκοπό της που δεν είναι άλλος από την θεραπεία του ασθενούς (Williams, 2001). Είναι η πραγματική φροντίδα της νοσοκόμας για τον ασθενή ως άτομο, πράγμα που επηρεάζει και εν συνεχεία καθορίζει και την πρόοδο της σχέσης αυτής.

Το κοινό στοιχείο ανάμεσα σε όλους τους συγγραφείς που έχουν αναφερθεί είναι ότι στις σχέσεις ασθενών-νοσηλευτών το πιο βασικό χαρακτηριστικό είναι η φροντίδα των νοσηλευτών, μαζί με την επαγγελματική ικανότητα και την αποτελεσματική επικοινωνία που διακατέχει τους τελευταίους. Ωστόσο οι έννοιες έχουν περιγραφεί αποκλειστικά και μόνο μέσα στο νοσοκομειακό πλαίσιο. Απούσα από αυτές τις θεωρίες ήταν η αποσαφήνιση γύρω από τη δυνατότητα εφαρμογής τους με άλλα Παρόλο αυτά παρόμοια με τις μελέτες των Armstrong (1983) και Christensen (1990) υπάρχουν και οι μελέτες Kuo, Chin, Chou (2012) που εξέτασαν με ποιο τρόπο η συνεργασία (partnership) στην γενική πρακτική μπορεί να προσαρμοστεί και να διαφοροποιηθεί μέσω των κοινωνικών αλλαγών και των μεταβολών των παραδειγμάτων (Armstrong (1983) Christensen (1990), Kuo, Chin, Chou (2012)) Μάλιστα οι τελευταίοι συγγραφείς καταλήγουν στο συμπέρασμα ότι στα περισσότερα ιατρικά κέντρα, οι νοσηλευτές επιδιώκουν να παρέχουν φροντίδα με επίκεντρο τον ασθενή συμπεριλαμβάνοντας την έννοια της συνεργασίας, η οποία αποδεικνύεται από το σεβασμό και τη φροντίδα κάνοντας εφαρμογές μεθόδων όπως είναι η επεξήγηση της κατάστασης του ασθενούς και της ψυχικής του ενδυνάμωσης



## 4.2 Σχέσεις νοσηλευτών-ασθενών από την οπτική των ασθενών

Δεδομένης της σημασίας που έχει η σχέση νοσηλευτή-ασθενούς, είναι εκπληκτικό το γεγονός ότι οι σχέσεις αυτές στο τομέα της γενικής πρακτικής είναι ελάχιστες. Εύκολα γίνεται αντιληπτό ότι οτιδήποτε προέρχεται αποκλειστικά και μόνο από την νοσηλευτική οπτική καθώς δεν υπάρχει καταγεγραμμένη η άποψη των ασθενών. Υπάρχουν πολλές περιγραφές νοσηλευτών σχετικά με την ποιοτική περίθαλψη αλλά οι αντιλήψεις των ασθενών για την ικανοποίηση που έχουν από την νοσηλευτική φροντίδα δεν υπάρχουν καταγεγραμμένες στην βιβλιογραφία (Fosbinder, 1994). Συγκεκριμένα η εθνογραφική μελέτη του Fosbinder πραγματοποιήθηκε σε 40 ενήλικες νοσηλευόμενους ασθενείς οι οποίοι τους είχαν περιθάψει 12 νοσηλευτές. Από την έρευνα διαπιστώθηκε ότι το βασικό σχόλιο των ασθενών αφορούσε τον τρόπο αλληλεπίδρασης των νοσηλευτών στο πρόσωπο τους και όχι κάθε αυτό με το καθήκον που αναλαμβάνουν, που δεν είναι άλλο από την παροχή φροντίδας.

Η γλώσσα επικοινωνίας που χρησιμοποιείται μεταξύ ασθενή- νοσηλευτή καθώς και οι διαπροσωπικές επαφές που αναπτύσσονται μπορεί σίγουρα να είναι επωφελείς για τη σχέση αυτή. Η θεωρία του Fosbinder που αφορά το κομμάτι των διαπροσωπικών επαφών περιγράφει τέσσερις διαδικασίες που είναι καθοριστικές στη σχέση νοσηλευτή-ασθενή όπως η γνωριμία (getting to know you), η επεξήγηση (translate), η δημιουργία εμπιστοσύνης (establishing trust), η προσπάθεια του νοσηλευτή να κάνει το κάτι παραπάνω (going the extra mile).

Οι νοσηλευτές έχουν την δυνατότητα να επεξηγούν σε βάθος ορισμένες πληροφορίες και έχουν συνάμα την δυνατότητα να γνωρίζουν τον ασθενή μέσω προσωπικής επαφής. Επίσης οι νοσηλευτές μπορούν να γίνουν φιλικόι με τους ασθενείς και οπότε να δημιουργηθεί μεταξύ τους μια συναισθηματική σχέση. Ακόμα οι νοσηλευτές μπορούν να αποκτήσουν την εμπιστοσύνη των ασθενών, να προβλέπουν τις ανάγκες τους, να παρακολουθούν και να απολαμβάνουν τη δουλειά τους και να “πηγαίνουν” ένα βήμα παραπέρα με το να γίνονται φίλοι με και στις περισσότερες περιπτώσεις να κάνουν πράγματα πέρα από το αναμενόμενο.

Ενώ οι ομοιότητες με τους θεωρητικούς συγγραφείς όπως είναι ο Perla (1997), Kleiman (2009) είναι προφανείς το μοντέλο Fosbinder διαπιστώνει ότι η σχέση νοσηλευτού-ασθενούς είναι μία που ωθεί όχι μόνο τις επαγγελματικές ικανότητες του νοσηλευτή αλλά και την συναισθηματική ευφυΐα (emotional intelligence) που τον διακρίνει. Οπότε από την οπτική των ασθενών η διαπροσωπική ικανότητα των νοσηλευτών αποτελεί τεράστια σημασία και απαιτείται περαιτέρω έρευνα προκειμένου να συμπεριληφθούν και άλλοι πληθυσμοί ασθενών (Fosbinder 1994).

Οι λίγες μελέτες που πραγματοποιήθηκαν και είχαν σαν κύριο θέμα την οπτική των ασθενών οδήγησαν τον Boscart (2010) να επιδιώξει να πραγματοποιήσει ένα ποσοτικό έργο για να μελετήσει την άποψη 40 ασθενών στο θέμα αυτό που νοσηλεύονταν στις εγκαταστάσεις канаδικής χρόνιας φροντίδας. Ο Boscart ανέπτυξε δύο κλίμακες για να αξιολογήσει ποια είναι τα χαρακτηριστικά που καθορίζουν τη σχέση νοσηλευτή-ασθενούς και ποια από αυτά έχουν βιώσει στο παρελθόν. Από τα αποτελέσματα που προέκυψαν διαπίστωσε ότι η εν γένει σχέση, η προαγωγή της ποιότητας της καθημερινής ζωής, η αναγνώριση και η υποστήριξη επιλογών, η δημιουργία δεσμών και η υποστήριξη της ανθρώπινης μοναδικότητας είναι πολύ σημαντικές για τους ασθενείς.

Για την Halldorsdottir (2008), η σχέση νοσηλευτή-ασθενούς είναι ο πυρήνας της νοσηλευτικής και της θεωρητικής ανάπτυξης και ο τελικός στόχος όλων των θεωρητικών εργασιών και ως εκ τούτου κεντρικό σε όλες τις επιστημονικές προσπάθειες στον τομέα της νοσηλευτικής (Halldorsdottir (2008)). Όπως και ο Hartrick (1998), πιστεύει ότι μέσω της αυθεντικότητας και της ανταπόκρισης, οι νοσηλευτές έχουν την ευκαιρία να δημιουργήσουν μια σημαντική διαφορά στην υγεία των ανθρώπων. Από την πλευρά του ασθενούς, υπάρχει μια πνευματική σχέση που βιώνεται ως δεσμός ενέργειας και ότι «η υψηλότερη ποιότητα αυτού του δεσμού είναι η σχέση νοσηλευτή-ασθενούς που δίνει τεράστια δύναμη στον ασθενή» (Halldorsdottir (2008)). Η Halldorsdottir βασίζει τη θεωρία της Συνθετικής Δυναμικής στη σχέση νοσηλευτή-ασθενούς από την άποψη του ασθενούς μέσω της 20ετής εμπειρίας εκτίμησης αυτών των σχέσεων από διαφορετικές και ποικίλες οπτικές γωνίες. Μάλιστα με βάση πρώην ασθενείς Ισλανδικής καταγωγής σε παλαιότερες φαινομενολογικές μελέτες και με βάση τη θεωρία για την ανθρώπινη επικοινωνία και τη δυναμική της

σχέσης, η Halldorsdottir περιγράφει έξι φάσεις της σχέσης Νοσηλευτή-ασθενούς στο Πίνακα 1.

Σε αντίθεση με τους Perlau (1997) και Christensen (1990), οι οποίοι ομαδοποίησαν τις νοσηλευτικές τους θεωρίες σε τρεις φάσεις από τη σύνδεση στην αποσύνδεση ο Halldorsdottir (2008) ανέπτυξε τη σχέση από την πλευρά των ασθενών σε έξι κύριες αναπτυξιακές φάσεις της σύνδεσης νοσηλευτή-ασθενούς. Ενώ το μοντέλο της Halldorsdottir φαίνεται πιο περίπλοκο από το Perlau, αυτό που και οι δύο έχουν κοινό είναι η κεντρική θέση και η σημασία που εντόπισαν στην κατανόηση της σχέσης μεταξύ ασθενούς και νοσηλευτή. Ωστόσο η αντίθεση είναι η πεποίθηση του Perlau ότι οι νοσηλευτές παραμένουν υπεύθυνοι για τη σχέση, αναγνωρίζοντας πάντοτε τον ασθενή ως κάποιον που είναι ευάλωτος και ψάχνει τρόπους για να προσωποποιήσει τη σχέση. Ωστόσο, η Halldorsdottir ενθαρρύνει τη «διαλεκτική φύση» της σχέσης που είναι σε θέση να μπορεί να διατηρεί μια άνετη απόσταση σεβασμού και συμπόνιας όπου δεν θα υπάρχει ανωνυμία μεταξύ ασθενή-νοσηλευτή.

Με άλλα λόγια ο νοσηλευτής μοιράζεται με το ασθενή ορισμένα πράγματα από το εαυτό του απλά και μόνο για να εξατομικεύσει τη σχέση αυτή. Κατά μία έννοια αυτό έρχεται σε συμφωνία με τη στάση της Fosbinder αλλά έρχεται σε πλήρη αντίθεση με το συμπέρασμα της ότι οι ασθενείς εκτιμούν την υπεύθυνη στάση του νοσηλευτή και της ικανότητας του να μπορεί να προβλέπει τις ανάγκες των ασθενών. Ωστόσο η μελέτη της Halldorsdottir (2008) παρουσιάζει ορισμένα κενά. Ο αριθμός, το φύλο και η εθνικότητα των ερωτηθέντων ασθενών δεν παρουσιάζονται. Ενώ η ίδια διαθέτει εμπειρία περίπου 20 ετών στην καταγραφή της αντίληψης των ασθενών για την σχέση τους με τους νοσηλευτές, δεν παρουσιάζει τις απόψεις τους.

Η θεωρία της Halldorsdottir (2008) είναι περισσότερο σύμφωνη με αυτή των Jonsdottir, Litchfield και Pharris (2004), Theodosius(2008) και Kleiman (2009). Ειδικότερα για τον Jonsdottir η διαλογική διαδικασία αποτελεί θεμελιώδη σημασία για τη σχέση νοσηλευτή-ασθενούς όπου ο νοσηλευτής είναι πλήρως παρών και ακούει και συμμετέχει ενεργά στην επικοινωνία με τον ασθενή. Ομοίως, ο Theodosius παροτρύνει τους νοσηλευτές να αναγνωρίζουν ότι η νοσηλευτική φροντίδα αποτελεί μια μορφή συνεργασίας όπου ο νοσηλευτής και ο ασθενής “συνεργάζονται” από κοινού. Επίσης ο Kleiman δίνει έμφαση στον ρόλο του νοσηλευτή και στο γεγονός ότι έχει μια

ιδιαίτερη θερμή εκτίμηση ως προς αυτόν ως συνάνθρωπο. Αυτός ο αμοιβαίως διάλογος δεν προέρχεται από το νοσηλευτή αλλά προέρχεται από την ροή των συζητήσεων όπου δημιουργούνται νέες αντιλήψεις από τις εμπειρίες των ασθενών.

Ωστόσο, αμφισβητώντας την έννοια της συνεργασίας ο Armstrong (1983) υποστηρίζει ότι, ενώ οι σχέσεις (όπως αυτές που περιγράφονται από Halldorsdottir [2008] και άλλοι), μπορεί να θεωρούνται ως ενδυνάμωση του ασθενούς, μια πραγματική συνεργασία μπορεί να μην είναι δυνατή. Ομοίως ο May (1992) προτείνει ότι οι νοσηλευτές που διευρύνουν την κλινική τους άποψη πέραν των ορίων του σώματος περιλαμβάνοντας και κοινωνικές προεκτάσεις πιστεύουν ότι η σχέση μπορεί να μην είναι αμοιβαία, επειδή ο νοσηλευτής είναι εκείνος που καθορίζει τα προσωπικά και κατ' επέκταση επαγγελματικά όρια του. Οι McDonald & Rogers (2008) επισημαίνουν ότι τέτοια όρια αντικατοπτρίζουν την αντίληψη ότι η φροντίδα συνεπάγεται μια μορφή ιεραρχία και εξάρτησης μεταξύ ασθενούς και νοσηλευτή.

1. Ο δεσμός μπορεί να προκύψει είτε από πρωτοβουλία του ασθενούς ή είτε του νοσηλευτή
2. Η 'αφαίρεση' της μάσκας ανωνυμίας, εξαλείφει τα στερεότυπα του ασθενούς ή του νοσηλευτή επιτρέποντας τους να συμπεριφέρεται ο καθένας στο πρόσωπο του άλλου ως άνθρωπος κατά κύριο λόγο
3. Αναγνώριση του δεσμού που πρόκειται να δημιουργηθεί από τον ασθενή, που ερμηνεύεται ως ένστικτο γνώσης των ασθενών όταν πραγματοποιείται η σύνδεση αυτή.
4. Επίτευξη εμπιστοσύνης όταν οι ασθενείς αισθάνονται ότι ο νοσηλευτής είναι δίπλα τους και δεν είναι μόνοι.
5. Επίτευξη αλληλεγγύης όταν ο ασθενείς αισθάνονται ότι ο νοσηλευτής τους υποστηρίζει διαρκώς, δεν είναι μόνοι και νιώθουν ότι τους συμπεριφέρονται σαν άνθρωποι.
6. Αληθινή φροντίδα περίθαλψης όταν ο ασθενής και ο νοσηλευτής γνωρίζουν πολύ καλά ο ένας τον άλλον και ο νοσηλευτής είναι ικανός να καταλάβει πολύ καλά τις ανάγκες του ασθενούς και την γενικότερη ψυχολογία που τον διακατέχει.

**Πίνακας 1. Έξι φάσεις της σχέσης Νοσηλευτή-ασθενούς με βάση την Halldorsdottir, S. (2008). The dynamics of the nurse-patient relationship: Introduction of a synthesized theory from the patient's perspective. Scandinavian Journal of Caring Sciences, 22(4), 647.**

### 4.3 Διαφορετικές οπτικές αντιλήψεις της σχέσης νοσηλευτή-ασθενούς

Σε αντίθεση με τον ισχυρισμό που υπάρχει σε ορισμένες βιβλιογραφίες ότι οι νοσηλευτές χρησιμοποιούν ορισμένες πρακτικές φροντίδας όπως είναι η ακρόαση των αναγκών των ασθενών, της παρηγοριάς αυτών, της θεραπευτικής αφής και της εν γένει συνεργασίας, ο Mc Donald et al 2008 προτείνει μια εναλλακτική οπτική της σχέσης νοσηλευτή-ασθενούς.

Στο πλαίσιο της πρωτοβάθμιας φροντίδας, έγινε μελέτη των ημιδομημένων συνεντεύξεων 25 νοσηλευτών από δύο νοσοκομεία του Ηνωμένου Βασιλείου όπου εξετάζαν την έννοια της εξάρτησης και της ταυτότητας τόσο των νοσηλευτών όσο και των ασθενών. Τα αποτελέσματα έδειξαν ότι παρόλο που οι νοσηλευτές μίλησαν για άριστη συνεργασία με τους ασθενείς και τους παρότρυναν διαρκώς να διαχειρίζονται οι ίδιοι τις χρόνιες παθήσεις τους, αισθανόντουσαν κατά ένα τρόπο υπεύθυνοι για την έκβαση της πάθησης αυτών.

Ο Mc Donald et al. περιγράφει την σχέση αυτή ως σχέση μητέρας παιδιού αντί για σχέση ίσων προσωπικοτήτων. Μάλιστα διαπιστώνει ότι οι νοσηλευτές είναι αρνητικοί στο ενδεχόμενο να παραιτηθούν ή να σταματήσουν να ενδιαφέρονται για την εξέλιξη της υγείας των παιδιών (ασθενών) τους· μια άποψη που είναι σύμφωνη με προηγούμενη έρευνα του Coyle (1999). Στο πλαίσιο όπου οι νοσηλευτές εξαρτώνται από την αναγνώριση των ασθενών για την σπουδαιότητα της δουλειάς τους ο Mc Donald υποστηρίζει ότι υπάρχει ασάφεια μεταξύ της επαγγελματικής δεοντολογίας των νοσοκόμων, του σεβασμού της αυτονομίας των ασθενών και των απαιτήσεων του συστήματος υγείας για την επίτευξη των στόχων με συνέπεια να προκαλείται άγχος και δυσαρέσκεια στα πρόσωπα των νοσηλευτών. Ωστόσο, οι επαγγελματίες οφείλουν να είναι ευαίσθητοι σε ό,τι αφορά την αξία των ατόμων σαν ασθενείς και την αξία τους σαν άνθρωποι.

Κατανοώντας οι νοσηλευτές το πώς συμβάλλει ο τρόπος και η εργασία τους στην αυτοεκτίμηση του ασθενούς μπορεί να κατανοήσουν ότι οι εκφράσεις της δυσαρέσκειας των ασθενών δεν αποτελούν απειλή για την επαγγελματική τους ταυτότητα, αλλά μια απάντηση στις αντιλήψεις που αφορούν την αίσθηση αυτοπεποίθησης του ασθενούς (McDonald et al 2008). Επιπλέον, οι οπτικές αντιλήψεις

των ασθενών που χρησιμοποιούν με επεισοδιακό τρόπο τις υπηρεσίες νοσηλευτών μπορεί να μην είναι ίδιες ή παρόμοιες με τους άλλους ασθενείς. Επίσης δεν είναι εμφανές στη μελέτη McDonald et al., ότι είναι καταγεγραμμένες οι απόψεις των ασθενών για το γεγονός ότι δεν συμβουλευόνταν τους νοσηλευτές της πρακτικής για την διαχείριση χρόνιων καταστάσεων.

Μέσω της μελέτης των σχέσεων νοσηλευτών-ασθενών υπάρχουν οι επόμενες δύο μελέτες που μελετάνε τις επιπτώσεις που δημιουργούνται από τις σχέσεις νοσηλευτών-νοσοκόμων. Οι Annandale και Hunt (1998) εξέτασαν τα δεδομένα που συλλέχθηκαν κατά τη διάρκεια της επαφής με συμμετέχοντες που ανήκαν στην ηλικιακή ομάδα των 35 ετών. Για να πάρουν συνέντευξη από τους συμμετέχοντες στα δικά τους σπίτια, οι ερευνητές παρέλαβαν ειδικευμένους κοινωνικούς ερευνητές που συνοδεύονταν από νοσηλευτές εκπαιδευμένους σε αυτές τις τεχνικές. Ο σκοπός του Annandale και του Hunt ήταν να διερευνήσει τους λόγους για τους οποίους οι ασθενείς αισθάνθηκαν δυσαρεστημένοι με τους νοσηλευτές τους και γιατί ορισμένοι ασθενείς δεν έκαναν τίποτα για να επιλύσουν τα προβλήματα ενώ ορισμένοι άλλοι έλαβαν δράση. Κατέληξαν στο συμπέρασμα ότι συχνά υπήρχαν πολλές διαφωνίες και ότι η συσχέτιση μεταξύ των διαφωνιών των συμμετεχόντων και των δράσεων που ελάμβαναν ήταν πολύπλοκη. Δεν είναι σαφές από τη μελέτη του Annandale και του Hunt εάν οι νοσηλευτές που ανέλαβαν τη συνέντευξη ήταν γνωστοί στους συμμετέχοντες ή είχαν επιλεγεί εκτός του πλαισίου γενικής πρακτικής. Εντούτοις οι ίδιοι συνιστούν περαιτέρω έρευνα σχετικά με τους λόγους για τους οποίους οι ασθενείς επέλεξαν ή αποφάσισαν να μην αναλάβουν δράση όταν προκύπτουν διαφωνίες με τους γιατρούς (Annandale & Hunt 1998).

Η ερευνητική προσπάθεια του Coyle (1999) εστίασε στη μελέτη 41 ασθενών σε κλινική του Ηνωμένου Βασιλείου που παρουσίαζαν αισθήματα δυσαρέσκειας σχετικά με την φροντίδα των ιατρών και γενικά περιέγραψε την κατάσταση αυτή ως προσωπική απειλή ταυτότητας (personal identity threat) που βίωσαν οι συμμετέχοντες. Η αντιμετώπιση των ασθενών ως αντικείμενα στα νοσοκομειακά ιδρύματα και σε συνδυασμό με την ελάχιστη προσοχή που δίνεται στον ασθενή ως άτομο, θεωρήθηκε από τους συμμετέχοντες ως προσωπική απειλή ταυτότητας. Επιπλέον οι συμμετέχοντες αισθάνθηκαν ένα είδος προκατάληψη λόγω του φύλου, του μορφωτικού επιπέδου και της πολιτισμικής ιδιομορφίας. Ειδικότερα οι γυναίκες που ήταν άνω των 65 ετών ή κάτω των 24 ετών τους συμπεριφέρονταν σαν να ήταν παιδιά

και συνήθως τις μάλωναν ή ελάμβανε ο γιατρός αποφάσεις για αυτές. Με λίγα λόγια ο Coyle διαπίστωσε ότι η συμπεριφορά των ιατρών στους ασθενείς σαν αντικείμενα είχε σαν αποτέλεσμα να υπονομεύονται έννοιες όπως η ατομικότητα, τα συναισθήματα, οι προσωπικές γνώσεις και η εμπειρία των συμμετεχόντων.

Ένα χαρακτηριστικό των παραπάνω μελετών έγκειται στην επικέντρωσή τους στη γενική πρακτική και όχι στους νοσηλευόμενους ασθενείς, ωστόσο τα αποτελέσματα μπορούν να μεταφερθούν σε άλλα πλαίσια υγείας. Διότι όχι μόνο υπογραμμίζουν τις προκλήσεις που αντιμετωπίζουν οι ασθενείς όταν έρχονται σε επαφή με επαγγελματίες υγείας αλλά εφιστούν την προσοχή στον τρόπο με τον οποίο οι ασθενείς και οι επαγγελματίες υγείας αντιλαμβάνονται την ταυτότητα του άλλου, την αίσθηση της αξίας και τις απειλές αυτών των ταυτοτήτων. Επιπλέον, επιδεικνύουν διάφορες πτυχές της σχεσιακής συνειδητοποίησης και της συναισθηματικής νοημοσύνης.

Στο πλαίσιο των επαγγελματικών σχέσεων, οι πεποιθήσεις, οι αξίες και οι ανησυχίες των νοσοκόμων έχουν αποκτηθεί συνειδητά ή ασυνείδητα μέσω των εμπειριών της ζωής, του περιβάλλοντος, της κληρονομιάς και των παραδόσεων (Paterson & Zderad, 1976). Αυτή η γνώση και η κατανόηση της πορείας ζωής δημιουργεί μια πιο ανθρώπινη προοπτική στη σχέση, και μάλιστα οι Annandale and Hunt (1998), Coyle (1999), Nystrom (2007) και McDonald et al. (2008) υποστηρίζουν ότι η επίγνωση των νοσηλευτών σχετικά με τις προσωπικότητες και τη συμπεριφορά τους μπορεί να διευκολύνει τη σύνδεση μεταξύ νοσηλευτή και ασθενούς. Αυτή η προσωπική γνώση είναι σύμφωνη με την έννοια της συναισθηματικής νοημοσύνης (emotional intelligence) που αναφέρει ο Goleman (Goleman , 1995).

#### 4.4 Συναισθηματική Νοημοσύνη

Η συναισθηματική νοημοσύνη είναι «η ικανότητα να αναγνωρίζουμε τα συναισθήματά μας και αυτά των άλλων προκειμένου να κινητοποιούμε τους εαυτούς μας και να διαχειριζόμαστε καλά τα συναισθήματα στον εαυτό μας και στις σχέσεις μας»(Goleman, 1995). Αν και η συναισθηματική νοημοσύνη έχει μακρά ιστορία, το πιο αναγνωρισμένο από τα τρία μοντέλα είναι το Μικτό ή Μοντέλο Απόδοσης του Goleman (Goleman's Mixed or Performance Model).

Ο Goleman ανέπτυξε το πλαίσιο συναισθηματικής νοημοσύνης αφού σύγκρινε τις αναφορές που είχε ο ίδιος καταγράψει με εκείνες που είχε συλλέξει από περίπου 600 επαγγελματίες και μεταπτυχιακούς φοιτητές. Μάλιστα μπόρεσε το πλαίσιο να το αναπτύξει ακόμα περισσότερο στηριζόμενος σε μοντέλα που είχαν δημιουργήσει οι (Kooker, Shoultz & Codier ,2007). Αργότερα βελτίωσε το αρχικό του μοντέλο σε τέσσερις τομείς. Αυτοί ήταν η αυτογνωσία, η αυτοδιαχείριση, η κοινωνική ευαισθητοποίηση, και η διαχείριση της κοινωνικής σχέσης. Το πλαίσιο συναισθηματικής νοημοσύνης εντοπίζεται στην ψυχολογία, τη βιομηχανική και οργανωτική ψυχολογία, τη νευροεπιστήμη, την αναπτυξιακή γνώση, την εκπαίδευση, την κλινική πρακτική υγείας, την παροχή συμβουλών, την οργανωτική ανάπτυξη και τη διαχείριση των επιχειρήσεων (Kooker Shoultz & Codier ,2007). Η προσαρμογή των τεσσάρων τομέων του Goleman παρουσιάζονται στον Πίνακα 2.

Για να κατανοήσουμε τα προβλήματα που αντιμετωπίζει η ανάπτυξη του εργατικού δυναμικού, οι Kooker et al. (2007) εφάρμοσε το πλαίσιο της συναισθηματικής νοημοσύνης σε μια μελέτη που αναλύει την επαγγελματική πρακτική σε 16 Αμερικανούς νοσηλευτές. Οι συμμετέχοντες προέρχονταν από την Πρωτοβάθμια και την Δευτεροβάθμια Φροντίδα Υγείας. Η έρευνα απέδειξε ότι στοιχεία όπως η κοινωνική ευαισθητοποίηση, η κοινωνική διαχείριση και η αυτογνωσία έκαναν την εμφάνισή τους πολλές φορές. Οι Kooker, Shoultz & Codier ,2007 κατέληξαν στο συμπέρασμα ότι εμπόδια οργανωτικού τύπου έρχονταν σε πλήρη αντίθεση με την διαίσθηση των νοσηλευτών και της γνώσης για το νοσηλευτικό έργο που έχουν να επιτελέσουν αλλά κάνοντας χρήση εννοιών συναισθηματικής νοημοσύνης, και αποκτώντας γνώσεις σχετικά με τους τρόπους με τους οποίους οι νοσηλευτές μπορούν να ασχοληθούν ακόμα περισσότερο με τους ασθενείς προκειμένου να βελτιώσουν σημαντικά την έκβαση της υγείας τους.



Με σκοπό την καλύτερη κατανόηση της συναισθηματικής νοημοσύνης και της νοσηλευτικής, οι Smith, Profetto-McGrath και Cummings (2009) επανεξέτασαν 39 άρθρα με επίκεντρο τη συναισθηματική νοημοσύνη, την νοσηλευτική εκπαίδευση, την νοσηλευτική πρακτική, την κλινική λήψη αποφάσεων και την κλινική ηγεσία. Οι συγκεκριμένοι συγγραφείς εντόπισαν ότι υπάρχει ευρεία υποστήριξη για εισαγωγή των εννοιών της συναισθηματικής νοημοσύνης στη νοσηλευτική όπως και απαραίτητως στην πρακτική νοσηλευτικής.

Ωστόσο, παρά την υποστήριξη αυτή, υπάρχει έλλειψη συναίνεσης σχετικά με την έννοια της συναισθηματικής νοημοσύνης. Επειδή η συναισθηματική νοημοσύνη επηρεάζει την ηθική λήψη των αποφάσεων, την κριτική σκέψη και τα αποδεικτικά στοιχεία που αξιοποιούνται στην πρακτική της νοσηλευτικής αποδεικνύεται ότι υπάρχει μια εμφανής ανάγκη να είναι σαφής στην νοσηλευτική εκπαίδευση (Smith et al.). Επίσης η συναισθηματική νοημοσύνη μπορεί να επηρεάσει την ποιότητα φροντίδας των ασθενών (Kooker et al., 2007).

Μάλιστα ο Smith et al. διερεύνησε με ποιο τρόπο οι άνθρωποι που έχουν διαφορετικές δεξιότητες αντιλαμβάνονται την κατανόηση και τη διαχείριση των συναισθημάτων και σημείωσε σαν συμπέρασμα ότι οι δεξιότητες συναισθηματικής νοημοσύνης αναπτύσσονται με την πάροδο του χρόνου και σχετίζονται αρκετά με ορισμένα επαγγέλματα από άλλα. Επίσης οι συγγραφείς Kooker ,Smith συνιστούν περαιτέρω έρευνα σχετικά με τον τρόπο με τον οποίο οι έννοιες σχετίζονται με την πρακτική νοσηλευτική.

<p>Τομέας αυτογνωσίας</p>	<p>Αναγνώριση συναισθημάτων και επιδράσεων τους</p> <p>Ακριβής αυτοαξιολόγηση: Γνωρίζοντας τα δυνατά σημεία και τα όρια του ατόμου.</p> <p>Αυτοπεποίθηση: Μια ισχυρή αίσθηση της αυτοεκτίμησης και των δυνατοτήτων ενός ατόμου</p>
<p>Τομέας κοινωνικής ευαισθητοποίησης</p>	<p>Εμπάθεια: Κατανόηση των αναγκών των άλλων και ενεργό ενδιαφέρον για τις</p>

	<p>ανησυχίες τους.</p> <p>Προσανατολισμός υπηρεσιών: Αναγνώριση και ικανοποίηση των αναγκών των πελατών</p>
<p>Τομέας αυτοδιαχείρισης</p>	<p>Συναισθηματικός αυτοέλεγχος: Κρατώντας υπό έλεγχο τα ενοχλητικά συναισθήματα και τις παρορμήσεις.</p> <p>Αξιοπιστία:</p> <p>Εμφάνιση εντιμότητας και ακεραιότητας.</p> <p>Συνείδηση: Δείχνει την ευθύνη για τη διαχείριση του εαυτού του.</p> <p>Προσαρμοστικότητα:</p> <p>Ευελιξία προσαρμογής στις μεταβαλλόμενες καταστάσεις ή εμπόδια.</p> <p>Προσανατολισμός επίτευξης: Ο οδηγός για να ανταποκριθεί σε ένα πρότυπο αριστείας.</p> <p>Πρωτοβουλία: Διαθεσιμότητα για Δράση</p>
<p>Τομέας διαχείρισης κοινωνικών σχέσεων</p>	<p>Ανάπτυξη άλλων:</p> <p>Αίσθηση των αναγκών των άλλων και ενίσχυση των ικανοτήτων τους.</p> <p>Επιρροή:</p> <p>Αντιμετώπιση διαπροσωπικών τακτικών επιρροής.</p> <p>Επικοινωνία:</p> <p>Αποστολή σαφών και πειστικών μηνυμάτων.</p> <p>Διαχείριση συγκρούσεων: Επίλυση διαφωνιών</p>

	<p>Ηγεσία:</p> <p>Έμπνευση και καθοδήγηση ομάδων ανθρώπων.</p> <p>Οικοδόμηση δεσμών: Προάσπιση σχέσεων.</p> <p>Ομαδική δουλειά και συνεργασία: Δημιουργία κοινού οράματος και συνέργεια στην ομαδική εργασία και συνεργασία με άλλους για την επίτευξη κοινού στόχου</p>
--	--

**Πίνακας 2. Πλαίσιο συναισθηματικής νοημοσύνης: τομείς και ικανότητες [Πηγή:Kooker, B.M., Shoultz, J. & Codier, E.E. (2007). Identifying emotional intelligence in professional nursing practice. Journal of Professional Nursing, 23(1), 30-36.**

## 4.5 Η συναισθηματική εργασία στη νοσηλευτική

Οι τομείς και οι ικανότητες που δίδει η συναισθηματική νοημοσύνη μπορούν να συνδεθούν με την έννοια της συναισθηματικής εργασίας (emotional labor) που περιγράφεται από τον Hochschild (1979). Η Hochschild ορίζει το συναίσθημα ως "σωματική συνεργασία που εκφράζεται ως εικόνα, σκέψη, μνήμη - μια συνεργασία την οποία το άτομο γνωρίζει να την διακατέχει". Η Hochschild εφαρμόζει την έννοια (emotion) «συναίσθημα» και το (feeling) «συναίσθημα» εναλλακτικά, παρόλο που αναγνωρίζει ότι η έννοια emotion περιγράφει μια κατάσταση υπερνίκησης, όπου η έννοια feeling δεν το κάνει. Χρησιμοποιώντας τους όρους «διαχείριση συναισθημάτων» «συναισθηματική εργασία» και «βαθιά δράση». Μάλιστα η ερευνήτρια δηλώνει ότι η εκμάθηση πώς να κάνει κανείς διαχείριση συναισθημάτων απαιτεί να κάνει ένα έργο συναισθημάτων. Επίσης η ίδια απεικονίζει την έννοια της «συναισθηματική εργασία ως εργασία συναισθημάτων που χρησιμοποιείται ως εμπόρευμα με συγκεκριμένη αξία.

Το πιο θεμελιώδες για τις ταξινομήσεις της, είναι η διάκριση μεταξύ διαχείρισης συναισθημάτων και συναισθηματικής εργασίας. Την διαφορά αυτή των εννοιών την επεξηγεί ως τι μπορούν να εκφράσουν οι άνθρωποι στο περιβάλλον τους και τι μπορούν να εκφράσουν σε επίπεδο προσωπικό

Ο Theodosious (2008) τονίζει ότι η διαχείριση συναισθημάτων παρουσιάζεται ως μέρος της καθημερινής μας ζωής, ενώ η συναισθηματική εργασία εμφανίζεται στην εργασία με την μορφή ενός αγαθού προς πώληση. Όταν εμφανίζεται η συναισθηματική εργασία, ο νοσηλευτής μετριάζει τα συναισθήματά του ώστε οι εκφράσεις του προσώπου και η γλώσσα του σώματος να παράγουν συναίσθημα σε άλλους, όπως είναι εκείνο της φροντίδας,(Hochschild, 1983). Τα επαγγέλματα που περιέχουν την συναισθηματική εργασία μοιράζονται τρία χαρακτηριστικά της "επαφής πρόσωπο με πρόσωπο ή της επικοινωνίας με το κοινό, της απαίτησης του εργαζόμενου να εκδηλώσει μια συναισθηματική κατάσταση σε ένα άλλο πρόσωπο, όπως ευγνωμοσύνη, και να επιτρέψει στον εργοδότη, μέσω εκπαίδευσης και εποπτείας, να ασκήσει ένα βαθμό ελέγχου στις συναισθηματικές δραστηριότητες του εργαζόμενου(Smith, 1991)

Ο Goffman (1976) όσο και ο Hochschild (1979) αναγνωρίζουν την επίδραση των κοινωνικών κανόνων και του πολιτισμού σε οποιοδήποτε δεδομένο πλαίσιο. Η κοινωνία ορίζει πώς πρέπει να δράσουμε σε συγκεκριμένες καταστάσεις, είτε θέλουμε είτε όχι. Η Hochschild ερμηνεύει αυτό ως «κανόνες αίσθησης». Ωστόσο, υποστηρίζει ότι οι φορείς του Goffman διαχειρίζονται ενεργά τις εξωτερικές εκφράσεις της κοινωνικής συμπεριφοράς, αλλά δίνουν λίγη προσοχή στα εσωτερικά συναισθήματα ή στη διαχείρισή τους. Επίσης η ίδια υποστηρίζει ότι η ικανότητα να εκφράζεται οπτικά αυτό που πρέπει ή οφείλει κανείς να κάνει σε οποιαδήποτε δεδομένη κατάσταση είναι “επιφανειακό” (surface acting) ενώ το συναίσθημα και η μνήμη που ενεργοποιεί τη συναισθηματική έκφραση είναι σε “βάθος” (deep acting). Οι άνθρωποι που συμπεριφέρονται επιφανειακά, ενεργούν χωρίς συναίσθημα ή το αίσθημα είναι ασαφές ενώ η διαχείριση των συναισθημάτων “επικεντρώνεται σε ένα πλήρες φάσμα συναισθημάτων που επικεντρώνεται σε συνειδητές και σκόπιμες προσπάθειες να διαμορφώσουν αυτό” (Hochschild, 1983).

Η καταλληλότητα του αισθήματος αξιολογείται με τη σύγκριση του συναισθήματος και της κατάστασης, όχι με την εξέταση του αισθήματος μεμονωμένα. Η εργασία συναισθήματος (work emotion) αναφέρεται στην προσπάθεια να αλλάξει σε ένταση ή ποιότητα, ένα συναίσθημα. Η εργασία για το συναίσθημα είναι η ίδια με τη διαχείριση του συναισθήματος ή της βαθιάς δράσης (Hochschild, 1983). Αν και αυτές οι έννοιες περιορισμού του συναισθήματος παρουσιάζουν ομοιότητες, διαφέρουν με την εργασία συναισθήματος που γίνεται για την διαμόρφωση αυτού στον εαυτό του. Για παράδειγμα, σε συζητήσεις, όπου λαμβάνουν χώρα χειρονομίες ή ξεσπάσματα ή και απολογίες για συμπεριφορές αξιολογούνται με κριτήριο πως το εκλαμβάνει ο συνομιλητής. Οπότε σε αυτές τις περιπτώσεις οι συμπεριφορές μπορεί να είναι και επιφανειακές όσο και πραγματικές.

Εντούτοις, ο De Raeve (2002) υποστηρίζει ότι οι νοσηλευτές δεν εξυπηρετούν τους πελάτες σαν αεροσυνοδούς αλλά παρέχουν την φροντίδα σε εκείνους που είναι αρκετά ευάλωτοι και συνάμα πολύ φοβισμένοι ασθενείς που εξαρτώνται από τη βοήθειά τους. Τέλος υποστηρίζει ότι οι νοσοκόμες πρέπει να είναι προνοητικές σε ότι αφορά τις ανάγκες των ασθενών και ότι το συναίσθημα της κατανόησης που επιδεικνύουν δεν παρουσιάζει καμιά σχέση με το αν δρουν πραγματικά με το συναίσθημα ή όχι.

## **4.5 Σύνοψη Κεφαλαίου**

Στο κεφάλαιο αυτό επισυνάπτουμε τη σχέση νοσηλευτή και ασθενούς η οποία βασίζεται σε μια συναισθηματική σχέση μεταξύ των ανθρώπων και αυτό γίνεται φανερό παρέχοντας οι νοσηλευτές την απαραίτητη φροντίδα και συμπαράσταση στον ασθενή. Όμως, από την πλευρά του ασθενή αυτές οι σχέσεις στον τομέα της πρακτικής είναι ελάχιστες. Στη συνέχεια αναλύουμε και την συναισθηματική νοημοσύνη που είναι σημαντικός τομέας για την διαχείριση των συναισθημάτων του εαυτού μας και των σχέσεων γύρω μας.

## **ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5: Ο ΡΟΛΟΣ ΤΩΝ ΣΥΓΓΕΝΩΝ ΣΤΟ ΕΛΛΗΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ**

### **5.1 Ο ασθενής και οι συνοδοί του**

Τα μέλη της οικογένειας είναι κρίσιμοι εταίροι στο σχέδιο περίθαλψης για ασθενείς τόσο στο νοσοκομείο όσο και στο σπίτι. Η συμμετοχή των μελών της οικογένειας στην οξεία φροντίδα μπορεί να βοηθήσει το νοσηλευτικό προσωπικό σε περίπτωση έκτακτης ανάγκης. (Bhalla et al., 2014)

Η φροντίδα της οικογένειας αντιπροσωπεύει την πρώτη και κυρίαρχη πηγή φροντίδας για το 75% έως 80% των ατόμων με χρόνιες ασθένειες στις βιομηχανικές χώρες. Έχουν θεμελιώδη ρόλο στην παροχή βοήθειας, στην παροχή φροντίδας και στη στήριξη των συγγενών τους σε όλη την ιστορία της ασθένειας. Τον εικοστό αιώνα, ορισμένοι φιλόσοφοι τόνισαν ότι η υγεία εξακολουθεί να είναι πολύ συχνά ένα κρυφό πλεονέκτημα, ένα πλεονέκτημα το οποίο οι άνθρωποι ξεχνούν όχι μόνο να κατέχουν, αλλά κυρίως να προστατεύουν. Αυτό το έγγραφο υποστηρίζει ότι η οικογένεια μπορεί να είναι μια οντότητα υπεύθυνη όχι μόνο για τη θεραπεία και τη φροντίδα ενός άρρωστου, αλλά και για την οικοδόμηση της υγείας αυτού και των άλλων μελών. (Pennacchini & Tartaglioni, 2014)

Η εκπαίδευση των οικογενειακών φροντιστών αποτελεί σημαντικό ζήτημα δεοντολογίας. Οι πάροχοι υγειονομικής περίθαλψης πρέπει να υποστηρίζουν τους φροντιστές της οικογένειας και να τους βοηθούν να αποκτήσουν γνώσεις και δεξιότητες για να μεγιστοποιήσουν την ποιοτική περίθαλψη. Επιπλέον, είναι πολύ σημαντικό οι οικογενειακοί φροντιστές:

- 1.** να αποκτήσουν την ικανότητα να κατευθύνουν την οικογενειακή φροντίδα,
- 2.** να οδηγήσουν την οικογένεια και όχι μόνο τον άρρωστο να έχει ένα κατάλληλο και σωστό τρόπο ζωής για να διαχειριστεί τόσο την παθολογία όσο και την υγεία του,
- 3.** να συμβάλλουν στη βελτίωση της ποιότητας ζωής τόσο του ασθενούς όσο και της οικογένειας που θεωρείται ως "μονάδα φροντίδας" (Pennacchini & Tartaglioni, 2014)

## 5.2 Ο ρόλος των συγγενών στο ελληνικό νοσοκομείο

Στις μέρες οι νοσηλευτικές υπηρεσίες και οι υπηρεσίες που προσφέρουν οι συγγενείς είναι μια αμφίδρομη συνεργασία. Επίσης η φροντίδα των ασθενών από τους συγγενείς τους απαλλάσσουν το ΕΣΥ από μεγάλο κόστος που θα προορίζονταν γι' αυτό τον σκοπό. Υπολογίζετε ότι οι συγγενείς καλύπτουν τις συνολικά 20.000 κενές θέσεις νοσηλευτών στα νοσοκομεία και τους υπόλοιπους υγειονομικούς σχηματισμούς του δημοσίου με αποτέλεσμα να γίνεται οικονομία στα δημόσια ταμιά της υγείας. (anonymous<sub>4</sub>)

Σε δύο μελέτες που έχουν πραγματοποιηθεί στο ΑΤΕΙ Θεσσαλονίκης αποκαλύπτεται ότι οι Έλληνες περνούν ως και 23 ώρες την ημέρα στο πλευρό του συγγενού τους, για όσο διάστημα διαρκεί η νοσηλεία. Την ευθύνη για την φροντίδα των συγγενών αναλαμβάνουν συνήθως οι γυναίκες της οικογένειας (σύζυγοι, μητέρες, κόρες). Ανάλογα με το πόσο σοβαρή είναι η κατάσταση του ασθενή φροντίζουν οι συγγενείς να πάρουν άδεια από την εργασία τους που πολλές φορές μπορεί να είναι μακροχρόνιες άδειες άνευ αποδοχών ή ακόμη και να εγκαταλείψουν τις δουλειές τους για να φροντίζουν τους δικούς τους ανθρώπους. Οι ίδιοι συγγενείς δηλώνουν ότι οι γιατροί ή νοσηλευτές τους ενθαρρύνουν να μείνουν με σκοπό να παρέχουν φροντίδα στους δικούς του ανθρώπους. (anonymous<sub>4</sub>)



### 5.2.1 Οι συγγενείς σε ρόλο άτυπου φροντιστή

Στην Ελλάδα είναι αρκετά κοινό για τα μέλη της οικογένειας να παρέχουν άτυπη μη αμειβόμενη φροντίδα σε άλλο μέλος της οικογένειας κατά τη διάρκεια της νοσηλείας, παράλληλα με τους επαγγελματίες του τομέα της υγείας. Η έλλειψη προσωπικού και η έλλειψη νοσηλευτικού προσωπικού, λόγω μέτρων λιτότητας που εφαρμόστηκαν στην Ελλάδα τα τελευταία οκτώ χρόνια, αναγκάζουν τις οικογένειες να παρέχουν άτυπη φροντίδα κατά τη διάρκεια της νοσηλείας. (Δημητριάδου και συν, 2018)

Σύμφωνα με την έρευνα που διεξάχθηκε από την Σταυριανού Α. και συν (2018) και στην οποία συμμετείχαν 210 ολοκληρωμένες μονάδες (ποσοστό ανταπόκρισης 63,42%): Η συντριπτική πλειοψηφία των συνοδών ήταν γυναίκες, παντρεμένες, στενοί συγγενείς και ηλικίας κοντά στα 50. Η μέση ηλικία των φροντιστών ήταν σχεδόν δέκα χρόνια νεότερη από τους ασθενείς ( Πίνακας 1 ).Περισσότεροι από τους μισούς από αυτούς (58,1%, n = 122) έμειναν στο νοσοκομείο των συγγενών-ασθενών τους για περισσότερο από 17 ώρες την ημέρα , παρ' όλο που οι περισσότεροι από αυτούς διέμεναν στην ίδια πόλη / κωμόπολη με το νοσοκομείο και θα μπορούσαν εύκολα να έρχονται στο νοσοκομείο αν χρειαστεί. Λιγότερο από το ένα τέταρτο των συνοδών ανέφερε ότι η υγεία του ασθενούς τους δεν ήταν καθόλου σοβαρή και σύμφωνα με αυτά το ένα τρίτο των ασθενών ήταν απόλυτα εξαρτημένο ενώ μόλις το ένα πέμπτο ήταν απόλυτα αυτόνομος και ικανό να φροντίσει τον εαυτό τους. Δεκαεννέα από τις είκοσι τρεις παρεμβάσεις που πραγματοποιήθηκαν από τους φροντιστές ήταν επεμβάσεις βασικής νοσηλευτικής φροντίδας.

Οι λόγοι που αναγκάζουν τους άτυπους φροντιστές να έρχονται και να παραμένουν στο νοσοκομείο κατά τη διάρκεια της νοσηλείας ενός μέλους της οικογένειας είναι η κύρια αιτία του ελλείμματος περίθαλψης που δημιουργείται από τη σημαντική έλλειψη νοσηλευτικού προσωπικού. Οι άτυποι φροντιστές προσπαθούν να εξισορροπήσουν αυτό το έλλειμμα φροντίδας με τις πολλές ώρες και την εκτεταμένη παρουσία στο νοσοκομείο. Κατά τη διάρκεια της παραμονής τους, συχνά αναγκάζονται να παρέχουν βασικές παρεμβάσεις νοσηλευτικής φροντίδας αντί να παρέχουν μόνο ψυχολογική στήριξη στο μέλος της οικογένειάς τους.( Σταυριανου και συν, 2018)

Table 1.		Caregivers	Patients
		48.7 (±14.8)	58.6 (±18.3)
Age		25.2% (v=53)	55.7% (v=117)
Gender	Male	74.8% (v=157)	44.3% (v=93)
	Female	1.9% (v=4)	4.8% (v=10)
Educational status	Ill-literal	12.9% (v=27)	24.8% (v=52)
	Elementary school		
	High School	15.2% (n=32)	15.7% (v=33)
	Lyceum	23.8% (n=50)	20.5% (v=43)
	Vocational school	5.2% (n=32)	12.9% (v=27)
	Applied University	13.8% (n=29)	3.8% (n=8)
	University	10.5% (n=22)	6.7% (n=14)
	Post-graduate	5.7% (n=12)	1.9% (n=4)
	Do not answer	1.0% (n=2)	3.8% (n=8)
	Professional status	Civil servant	
Private employee		16.2% (n=43)	12.9% (n=27)
Free-lance professional		14.8% (n=31)	11.4% (n=24)
Farmer		18.1% (n=38)	16.2% (n=34)
Laborer			
		7.6% (n=16)	7.1% (n=15)
		6.7% (n=14)	7.1% (n=15)
	Pensioner	13.3% (n=28)	27.6% (n=58)
	Unemployed	21.0% (n=44)	13.8% (n=29)
	Do not answer	2.4% (n=5)	3.8% (n=8)

Caregivers' and patients' demographic characteristics

### **5.3 Μελέτη συνθηκών διαβίωσης των συνοδών ασθενών στο ελληνικό νοσοκομείο και των επιπτώσεων του**

Μέχρι πριν από την δεκαετία του 80' η πολιτική που αφορούσε την παρουσία των συγγενών στο νοσοκομείο τόσο της Ευρώπης όσο και της Αμερικής ήταν αυστηρά απαγορευτική. Ωστόσο αυτή η στάση σταδιακά άρχισε να αλλάζει. Η παραμονή των συνοδών δίπλα στους ασθενείς αποδείχθηκε ευεργετική προς τους αρρώστους. Η παρουσία των συνοδών βοηθάει στην πλήρη πληροφόρηση για το ιστορικό του ασθενή, στην γρήγορη ανάρρωση του, στην βελτίωση της επικοινωνίας με του επαγγελματίες υγείας και στην ψυχολογία τόσο του ασθενή όσο και της οικογενείας του. (Δημητριάδου και συν, 2016)

Πραγματοποιήθηκε έρευνα που (Δημητριάδου, Α. και συν, 2016) η οποία είχε σκοπό να εκτιμήσει τις συνθήκες διαβίωσης των συνοδών ασθενών στο νοσοκομείο και να εξετάσει την επίδραση που έχει η πολύωρη-πολυήμερη παραμονή στη ζωή των ιδίων αλλά και των ασθενών που φροντίζουν, επίσης να σκιαγραφήσει το προφίλ του συνοδού φροντιστή, να καταγράψει τις πράξεις φροντίδας που παρέχει αλλά και να διερευνήσει τη συμβολή αυτών στην εμφάνιση ενδονοσοκομειακών λοιμώξεων. Η έρευνα αυτή πραγματοποιήθηκε σε ένα μεγάλο Γενικό Κρατικό νοσοκομείο της Μακεδονίας σε παθολογικό τομέα και συμμετείχαν 210 συνοδοί. Για την συγκεκριμένη μελέτη χρησιμοποιήθηκε περιγραφική στατιστική και τα ερωτήματα που απάντησε και σύμφωνα με αυτά βγήκε το τελικό αποτέλεσμα είναι τα εξής:

- ❖ Μέγεθος δείγματος νοσηλευόμενων ασθενών και αναλογία ασθενών ανά Νοσηλεύτη, ανά βάρδια
- ❖ Συχνότητα εφαρμογής των πράξεων που προσφέρουν οι συνοδοί στους ασθενείς που φροντίζουν
- ❖ Κάλυψη αναγκών συνοδών στο νοσοκομείο
- ❖ Η σχέση της κλίμακας επιπτώσεων με τις συνεχείς μεταβλητές
- ❖ Συγκρίσεις που αφορούν στην παρουσία ενδονοσοκομειακών λοιμώξεων και τις προσφερόμενες πράξεις φροντίδας.

Το αποτέλεσμα της έρευνας είναι ότι οι συνοδοί επιβαρύνουν την δική τους σωματική και ψυχολογική κούραση από την πολυήμερη και την πολύωρη διαμονή τους στο νοσοκομείο. Τέλος αποδείχθηκε ότι η ασφάλεια και η ποιότητα φροντίδας του ασθενούς μειώνεται καθώς συνδέεται με τον χρόνο παραμονής των συνοδών και τη συχνότητα με την οποία παρέχουν συγκεκριμένες υποστηρικτικές πράξεις. (Δημητριάδου και συν, 2016)

## 5.4 Σύνοψη κεφαλαίου

Οι συνοδοί στα νοσοκομεία προσφέρουν αρκετοί βοήθεια στους ανθρώπους τους. Οι συνοδοί έχουν τον ρόλο ως άτυπου φροντιστή προσφέροντας φροντίδα και βοήθεια στους ανθρώπους τους κατά τη διάρκεια νοσηλείας τους στο νοσοκομείο. Αυτό συμβαίνει εξαιτίας της έλλειψης νοσηλευτικού προσωπικού. Ωστόσο αυτή η βοήθεια πολλές φορές αντί για διευκόλυνση προς τον ασθενή δημιουργεί πρόβλημα, διότι υπονομεύεται η ασφάλεια και η ποιότητα της φροντίδας του ασθενούς

## Συμπεράσματα- Προτάσεις

Είναι γεγονός, όπως προκύπτει από την ανάλυση που πραγματοποιήθηκε, πόσο έντονη είναι η αλληλεξάρτηση μεταξύ ασθενών και των συνοδών τους σε σχέση με το νοσηλευτικό προσωπικό. Βασική προϋπόθεση για την γρηγορότερη ανάρρωση του ασθενούς αποτελεί η βελτίωση του εξοπλισμού των κτιριακών εγκαταστάσεων των νοσοκομειακών ιδρύματα.

Στις μέρες μας οι ασθενείς εξαρτώνται σε μεγάλο βαθμό από την οικογένειά τους για το λόγο ότι η νοσοκομειακή φροντίδα είναι αρκετά περιορισμένη. Το Ελληνικό δημόσιο χωλαίνει στις υποδομές αλλά και στις υπηρεσίες με αποτέλεσμα να μην υπάρχει αρκετό νοσηλευτικό προσωπικό. Επιπρόσθετα, απλές ανάγκες των ασθενών όπως για παράδειγμα η ατομική υγιεινή, η χορήγηση υγρών κ.α. καθίστανται σημαντικές δραστηριότητες των συνοδών καθώς ο χρόνος των νοσηλευτών είναι αρκετά περιορισμένος. Έτσι, η συμβολή της οικογένειας στο νοσοκομειακό περιβάλλον κρίνεται αναγκαία για την περίθαλψη του ασθενή.

Ακόμη, σημαντικό ρόλο παίζει η εκπαίδευση της οικογένειας από τους νοσηλευτές. Συχνά παρατηρούμε ότι η οικογένεια δεν έχει τις κατάλληλες γνώσεις ώστε να συμβάλει ενεργά στην όσο των δυνατών καλύτερη διαμονή του ασθενούς στο νοσοκομείο. Όλα αυτά συντελούν στην συναισθηματική φόρτιση των συνοδών με την εμφάνιση έντονου στρες και άγχους διότι αδυνατούν να ανταπεξέλθουν στις ανάγκες των ασθενών επιβαρύνοντας έτσι και την δική τους υγεία

Η σχέση ωστόσο μεταξύ ασθενούς και νοσηλευτή κρίνεται απαραίτητη για το σκοπό της θεραπείας του ασθενούς. Για την ανάπτυξη αυτής της σχέσης θα πρέπει να υπάρξει άμεση συνεργασία και σωστή επικοινωνία και από τις δύο πλευρές. Τελικά, αυτό οδηγεί στην ομαλή διαμονή, στην βελτίωση της ψυχολογίας και στην ταχύτερη ανάρρωσή του ασθενούς.

Τέλος, έμφαση πρέπει να δοθεί στην άμεση πρόσληψη καταρτισμένου νοσηλευτικού προσωπικού στα νοσοκομειακά ιδρύματα για να μειωθεί αισθητά η παρουσία του συνόδου. Όλες οι υπηρεσίες υγείας είναι απαραίτητο να στελεχωθούν από σύγχρονο εξοπλισμό και σε μεγάλη ποσότητα ενώ συγχρόνως η βελτίωση των κτιριακών υποδομών είναι αναγκαία. Ωστόσο η παραμονή των συνοδών δίπλα στους ασθενείς αποτελεί απειλή για την υγεία τόσο των ασθενών όσο και των ίδιων. Παρόλο αυτά στις μέρες μας είναι αδιαπραγμάτευτα χρήσιμη η παρουσία των συνοδών στα νοσοκομεία.

## **ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ**

1. Αποστολόπουλος, Κ., Γεωργιτσογιάννη, Ε., Κανέλλου, Α., Σαΐτη, Α., Σδράλη, Δ., Τριάδη, Δ., (2015) «Οικιακή Οικονομία». Αθήνα: Λιβάνη
2. Αποστολοπούλου, Δ. Παπαματθαϊάκη, Π. (2009). *Το μέγεθος της ικανοποίησης των ασθενών και των συνοδών-συγγενών αυτών από τις υπηρεσίες υγείας στην Ελλάδα*. Πτυχιακή Εργασία, ΑΤΕΙ Κρήτης.
3. Γιαννοπούλου, Χ., 2005. Ψυχιατρική Νοσηλευτική, Αθήνα: Η Ταβίθα, 437
4. Δημητριάδου, Α. (2008), *Επιδημιολογική διερεύνηση των αντιλήψεων για την ταυτότητα και τον ρόλο του σύγχρονου νοσηλευτή σε σχέση με την εκπαίδευσή του*, Διδακτορική Διατριβή, Πανεπιστήμιο Θεσσαλονίκης.
5. Δημητριάδου, Α., Σταυριανού, Α., Μανομενίδης, Γ. ,Καυκιά, Θ., Κουρκούτα, Λ., Κωνσταντινίδου-Στραύκου, Α., Σαπουντζή-Κρέπια, Δ., 2017. «Μελέτη των Συνθηκών Διαβίωσης των Συνοδών Ασθενών στο Ελληνικό Νοσοκομείο και των Επιπτώσεών του». *Hellenic Journal Of Nursing*, 56(1): 36–49
6. Διώτη, Ε., Γιαννοπούλου, Ε., 2004. «Οικογένεια και πτυχές της». *Αρχείο Εργασιών Κοινωνιολογίας Παιδείας*, 18(20): 7-14  
και η Επίδρασή της στη Διαχείριση των Χρόνιων Νόσων». *Ελληνικό Περιοδικό της Νοσηλευτικής Επιστήμης*, 8(4): 6-16.
7. Κατσαρού, Β. (2014). «Πως αντιλαμβάνονται οι ασθενείς τη νοσηλευτική φροντίδα και η σχέση του με την Πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας», Διδακτορική Διατριβή, Πανεπιστήμιο Θεσσαλίας
8. Κουλούρη, Α. , Ρούπα, Ζ. (2008). «Η επιστημολογία της φροντίδας». *Το Βήμα του Ασκληπιού*, 7(4), 264-278.
9. Κουλούρη, Α., Ρούπα, Ζ., 2008. «Η επιστημολογία της φροντίδας», *Το Βήμα του Ασκληπιού*, 7(4):264-278.
10. Μαυρούδης, Β. (2015) «Εφημερίς της Κυβερνήσεως την ελληνικής δημοκρατίας», Τεύχος Δεύτερο, Αρ Φύλλου 79.
11. Μπέλλου-Μυλωνά, Π. ,Γερογιάννη, Γ., 2010. «Η συμβολή της οικογένειας στη φροντίδα του αρρώστου στο νοσοκομείο». *Το Βήμα Του Ασκληπιού*,9(1):21-30

12. Παπαθεοδώρου, Χ., Μωυσίδου, Α. (2011). Υγειονομική περίθαλψη και ανισότητα στην Ελλάδα: Η διανεμητική επίδραση του συστήματος υγείας, Αθήνα: Ινστιτούτο Εργασίας ΓΣΕΕ.
13. Ποντισίδης, Γ., Μπελλάλη, Θ., 2015. «Η Έννοια της Κοινωνικής Υποστήριξης και η επίδραση της στη Διαχείριση των χρόνιων νόσων», Ελληνικό περιοδικό της νοσηλευτικής επιστήμης. 8(4):6-16
14. Φουντούκη, Α., Θεοφανίδης, Δ. (2012). «Ο εκπαιδευτικός ρόλος του νοσηλευτή». Το Βήμα του Ασκληπιού, 11(4), 503 – 522
15. Χλέτσος, Μ. (2011). «Τι είναι υγεία και υπηρεσίες υγείας». Σε: Χλέτσος, Μ. Οικονομικά της υγείας. Αθήνα: Πατάκης, 232.



## **ΞΕΝΗ ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ**

1. Aranda, S., & Street, A. (1999). Being authentic and being a chameleon: Nurse-patient interaction revisited. *Nursing Inquiry*, 6(2), 75-82
2. Armstrong, D. (1983). The fabrication of nurse-patient relationships. *Social Science and Medicine*, 17(8), 457-460.
3. Boscart, V. (2010). The development of nurse-patient relationship scales in chronic care. Doctor of Philosophy, University of Toronto, Toronto
4. Christensen, J. (1990). *Nursing partnership: A model for nursing practice*. Wellington: Daphne Brasell Associates Press
5. Epstein, B. & Turner M., (2015). The Nursing Code of EthicsQ Its Value, Its History. *Online J Issues Nurs.* 31:20(2):4
6. Fassbinder, D. (1994). Patient perceptions of nursing care: An emerging theory of interpersonal competence. *Journal of Advanced Nursing*, 20(6), 1085-1093. doi: 10.1046/j.1365-2648.1994.20061085.x
7. Halldorsdottir, S. (2008). The dynamics of the nurse-patient relationship: Introduction of a synthesized theory from the patient's perspective. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 22(4), 643-652
8. Halldorsdottir, S. (2008). The dynamics of the nurse-patient relationship: Introduction of a synthesized theory from the patient's perspective. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 22(4), 643-652.
9. Hartrick Doane, G., & Varcoe, C. (2005). *Family nursing as relational inquiry*. Philadelphia, Baltimore, New York, London, Buenos Aires, Hong Kong, Sydney, Tokyo: Lippincott Williams & Wilkins
10. Hartrick, G. (2002). Beyond interpersonal communication: The significance of relationship in health promoting practice In L. Young, Hayes, V. (Ed.), *Transforming health promotion practice: Concepts, issues and application* (pp. 49-58). Philadelphia: FA Davis.
11. Jonsdottir, H., Litchfield, M., & Pharris, M. D. (2004). The relational core of nursing practice as partnership... including commentary by Watson J. *Journal of Advanced Nursing*, 47(3), 241-250. doi: 10.1111/j.1365-2648.2004.03088 1.x
12. Kleiman, S. (2009). *Human centred nursing: The foundation of quality care*. Philadelphia: F.A Davis Company

13. Kuo, C.-C., Chin, C.-C., & Chou, F.-H. (2012). Reflecting on nurse-patient relationships using core postmodernist concepts [Chinese]. *Journal of Nursing*, 59(1), 72-76
14. Mattson, M., Gibb Hall J. (2011). *Health as Communication Nexus: A Service Learning Approach*. New York: Print Package
15. Peplau, H. E. (1992). *Interpersonal Relations: A theoretical framework for application in nursing practice*. *Nursing Science Quarterly*, 5(1), 13-18
16. Sapountzi-Krepia D., Raftopoulos V., Sgantzos M., Dimitriadou A., Ntourou I., Sarkas G. (2006), Informal in-hospital care in a rehabilitation setting in Greece: An estimation of the nursing staff required for substituting this care, *Disability and Rehabilitation*, 28 (1): 3-11
17. Slikkerveer, L.J. (1990). *Theoretical Orientation and Analytical Model*. In: *Plural Medical Systems in the Horn of Africa*. African Studies Centre, Leiden, .37
18. Smith, Y. & Cheriyaedath, S., 2018. "Roles of a Nurse". *News Medical Life Sciences*.
19. Stavrianou, A., Kafkia, T., Mantoudi, A., Minasidou, E., Konstantinidou, A., Sapountzi-Krepia, D. and Dimitriadou A., 2018. "Informal Caregivers in Greek Hospitals: a Unique Phenomenon of a Health System in Financial Crisis". *Mater Sociomed*, 30(2): 147–152.
20. Theodosius, C. (2008). *Emotional intelligence in health care: The unmanaged heart of nursing*. London, New York: Routledge.
21. Watson, J. (1988). *Nursing: Human science and human care*. New York: National League for Nursing
22. Williams, A. (2001). A literature review on the concept of intimacy in nursing. *Journal of Advanced Nursing*, 33(5), 660-667. doi: 10.1046/j.1365-2648.2001.01701.x

## **ΗΛΕΚΤΡΟΝΙΚΕΣ ΔΙΕΥΘΥΝΣΕΙΣ**

1. <http://hospitalnews.com/the-role-of-the-nurse-in-health-promotion/> (anonymous1)
2. <http://everynurse.org/becoming-a-community-health-nurse> (anonymous2)
3. <https://www.nursingtimesjobs.com/article/the-role-of-a-community-nurse/> (anonymous3)
4. <https://www.nursingtimesjobs.com/article/the-role-of-a-community-nurse/>  
(anonymous3)