

Το νοσηλευτικό θεωρητικό μοντέλο των Roper-Logan-Tierney και η εφαρμογή του στην κλινική πράξη

Στέφανος Μαντζούκας

Νοσηλεύτης, MSc, PhD, Μεταπτυχιακό Δίπλωμα στη Διδασκαλία & Μάθηση, Επιστημονικός Συνεργάτης, Τμήμα Νοσηλευτικής, ΤΕΙ Ηπείρου

Λαμπρινή Ζώη

Νοσηλεύτρια, MSc, Γενικό Πανεπιστημιακό Νοσοκομείο Ιωαννίνων, Ιωάννινα

Τμήμα Νοσηλευτικής, ΤΕΙ Ηπείρου

ΠΕΡΙΛΗΨΗ Το παρόν άρθρο πραγματεύεται το θεμελιώδη ρόλο των νοσηλευτικών θεωριών στην αποσαφήνιση της επιστημονικής ταυτότητας της νοσηλευτικής επιστήμης και στον προσδιορισμό της νοσηλευτικής σκέψης και πράξης για την επίλυση προβλημάτων που άπτονται του νοσηλευτικού επαγγέλματος. Η πλειοψηφία των νοσηλευτικών θεωριών που προέρχονται από τις ΗΠΑ έχουν υψηλό βαθμό αφάιρεσης, είναι πολύπλοκες και προσαρμοσμένες στις ανάγκες του συστήματος υγείας των ΗΠΑ, καθιστώντας την εφαρμογή τους στην ευρωπαϊκή κλινική νοσηλευτική πραγματικότητα δύσκολη. Επίσης, το βιοϊατρικό θεωρητικό μοντέλο, που ως στόχο έχει τη διάγνωση και θεραπεία βασιζόμενο σε γενικά και αντικειμενικά κριτήρια, δεν εξυπηρετεί με τον καλύτερο τρόπο τους στόχους της εξατομικευμένης και ολιστικής φροντίδας της νοσηλευτικής επιστήμης. Το θεωρητικό μοντέλο των Roper-Logan-Tierney αποφεύγει την πολυπλοκότητα άλλων νοσηλευτικών θεωριών, είναι διατυπωμένο με σαφήνεια, είναι εναρμονισμένο στους στόχους της νοσηλευτικής επιστήμης και παρέχει ξεκάθαρο πλαίσιο εφαρ-

The Roper-Logan-Tierney nursing model and its' implementation in practice

Stefanos Mantzoukas

RN, PhD, Postgraduate Diploma in Teaching & Learning, Scientific Collaborator, Department of Nursing, TEI of Epirus, Greece

Lambrini Zoi

RN, MSc, General University Hospital of Ioannina, Ioannina, Greece

Nursing Department, TEI of Epirus

ABSTRACT This article discusses the fundamental role of nursing theories in clarifying the professional identity of nursing and in defining nurses' thoughts and actions as to solve problems that relate to the nursing profession. The majority of nursing theories emanating from the USA maintain a high level of abstractness, are complex and are directed towards the health system of the USA rendering their implementation in European clinical reality difficult. Furthermore, the biomedical model, which aims at objective diagnosis and curing, does not best serve the aims of individualised and holistic care of the nursing profession. The Roper-Logan-Tierney theoretical model avoids the complexity of other nursing theories, it is an explicitly articulated model, it is congruent with the aims of nursing and it has a clearly developed framework for implementation in daily clinical reality. The current article discusses the basic tenets of the Roper-Logan-Tierney model, which is the 12 activities of living. Also, the article attempts to highlight the practice application potentials of the model by providing a series

μογής του στην καθημερινή κλινική πραγματικότητα. Το παρόν άρθρο αναπτύσσει την κεντρική θέση του θεωρητικού μοντέλου των Roper-Logan-Tierney, που περιλαμβάνει τις 12 δραστηριότητες διαβίωσης. Επίσης, προσπαθεί να αναδείξει τη δυνατότητα πρακτικής εφαρμογής αυτού του θεωρητικού μοντέλου παρέχοντας μια σειρά ενδεικτικών ερωτήσεων που μπορούν να χρησιμοποιήσουν οι κλινικοί νοσηλευτές για την εφαρμογή του στην κλινική πράξη. Τέλος, παρατίθενται μια σειρά από σχετικές φόρμες, τις οποίες οι κλινικοί νοσηλευτές μπορούν να δανειστούν και να χρησιμοποιήσουν για την αποτελεσματικότερη χρήση του θεωρητικού μοντέλου.

Λέξεις-κλειδιά:

- Θεωρητικό μοντέλο Roper-Logan-Tierney
- Νοσηλευτική θεωρία • Εφαρμογή θεωρίας στην πράξη
- Νοσηλευτική διεργασία

Υπεύθυνος αλληλογραφίας

Στέφανος Μαντζούκας
 Αρχιμανδρείου 60, 452 21 Ιωάννινα
 Τηλ. 26510-788 36
 E-mail: smantzoukas@hotmail.gr

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Το νοσηλευτικό επάγγελμα ανέπτυξε στη δεκαετία του 1950 και 1960 μια σειρά από θεωρίες και θεωρητικά μοντέλα, κατεξοχήν προερχόμενα από τις ΗΠΑ, που με τη μια ή την άλλη μορφή και με διαφορετική έμφαση διδάσκονται σε κάθε νοσηλευτική σχολή του κόσμου. Ωστόσο, πολλές φορές αυτές οι θεωρίες έχουν χαρακτηριστεί ως πολύπλοκες, σύνθετες και μη ανταποκρινόμενες στην καθημερινή κλινική πράξη. Ακόμη περισσότερο, ο ρόλος τους έχει μερικές φορές αμφισβητηθεί και εν μέρει η ανάγκη διδασκαλίας τους έχει υποβαθμιστεί, με συχνότερη επιχειρηματολογία ότι αναπτύχθηκαν από νοσηλευτές σε μια άλλη χώρα (ΗΠΑ), με τη χρήση πολύπλοκης γλώσσας και πριν από μισό αιώνα.^{1,2}

Σκοπός του παρόντος άρθρου είναι να καταδείξει το ρόλο των νοσηλευτικών θεωριών για την επιστημονική ύπαρξη της Νοσηλευτικής, καθώς και την αναγκαιότητα της πρακτικής εφαρμογής των νοσηλευτικών θεωριών στην καθημερινή κλινική πράξη. Πιο συγκεκριμένα, θα γίνει μια συνοπτική αναφορά στο ρόλο που διαδραματίζουν οι νοσηλευτικές θεωρίες για την επιστημονική υπόσταση του νοσηλευτικού επαγγέλματος και στη συνέχεια θα αναπτυχθεί ο βασικός πυρήνας του θεωρητικού μοντέλου των Roper-Logan-Tierney. Ο λόγος

of possible questions that practitioners can utilize as to successfully apply the model in daily practice. Finally, a series of relevant forms are provided that practitioners can use as to facilitate the application of the model in practice.

Key words:

- Roper-Logan-Tierney model • Nursing theories
- Implementing theory in practice • Nursing process

Corresponding author

Stefanos Mantzoukas
 60 Arhimadriou street, GR-452 21 Ioannina, Greece
 Tel. +30 26510-788 36
 E-mail: smantzoukas@hotmail.gr

που έχει επιλεγεί το θεωρητικό μοντέλο των Roper-Logan-Tierney είναι από τη μια γιατί η συγκεκριμένη θεωρία έχει διατυπωθεί αρκετά μεταγενέστερα (δεκαετία 1980–1990) από τις αρχικές νοσηλευτικές θεωρίες, με αποτέλεσμα αρκετές από τις αρχικές ατέλειες των νοσηλευτικών θεωριών να έχουν εξομαλυνθεί, και από την άλλη, γιατί έχει αναπτυχθεί στον ευρωπαϊκό χώρο (Βρετανία) και έχει εφαρμοστεί σε συστήματα υγείας που προσεγγίζουν πολύ περισσότερο το Εθνικό Σύστημα Υγείας της Ελλάδας. Επιπλέον, εξίσου σημαντικό ρόλο στην επιλογή της θεωρίας Roper-Logan-Tierney ήταν και ο προβληματισμός των συγγραφέων της αναφορικά με τις νοσηλευτικές θεωρίες που διατυπώθηκαν στις ΗΠΑ και τη δυσκολία εφαρμογής τους στην πράξη. Αυτός ο προβληματισμός τους οδήγησε στη δημιουργία μιας νοσηλευτικής θεωρίας που έχει σκοπό όχι μόνο να επεξηγήσει τα νοσηλευτικά φαινόμενα, αλλά κατ' επέκταση να καθοδηγήσει και να καθορίσει την καθημερινή κλινική νοσηλευτική πράξη.

ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΘΕΩΡΙΑ ΚΑΙ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΕΠΙΣΤΗΜΗ

Ένα από τα πιο βασικά χαρακτηριστικά των επιστημονικών επαγγελμάτων είναι η ύπαρξη επιστημονικής γνώσης. Η μονοπώληση συγκεκριμένης και καλά αρ-

θρωμένης γνώσης από ένα επιστημονικό επάγγελμα αφενός καθορίζει τη σκέψη και την πράξη των μελών του και αφετέρου παρέχει στα μέλη του τη δυνατότητα να λαμβάνουν αποφάσεις για το τι είναι καλό, σωστό και αρμόζον για το κοινωνικό σύνολο και τι όχι.^{3,4}

Η επιστημονική γνώση για οποιοδήποτε επάγγελμα αποτελεί κατά κάποιο τρόπο ένα είδος απόδειξης που καταθέτει στο κοινωνικό σύνολο, για να καταδείξει το μοναδικό, ωφέλιμο, αλλά και συγκεκριμένο ρόλο που μπορεί να έχει το επάγγελμα για την κοινωνία. Συνέπεια αυτού είναι το κοινωνικό σύνολο και η οργανωμένη πολιτεία να προσδίδει στο επάγγελμα αυτό τον όρο «επιστημονικό» και κατ' επέκταση να του παραχωρεί όλα εκείνα τα προνόμια που χαρακτηρίζουν τα επιστημονικά επαγγέλματα, όπως αυτονομία, αυτοέλεγχο, κοινωνικό κύρος και μεγαλύτερη αμοιβή. Επιπλέον, η κατοχή από κάποιο άτομο της επιστημονικής γνώσης που χαρακτηρίζει ένα επιστημονικό επάγγελμα αποτελεί ένα από τα βασικότερα, αν όχι το μοναδικό, κριτήρια για την αποδοχή αυτού του ατόμου στην επιστημονική κοινότητα του συγκεκριμένου επαγγέλματος. Για παράδειγμα, ένας φυσικός, για να γίνει αποδεκτός από την κοινότητα των φυσικών ως μέλος τους και να του χορηγηθεί η άδεια άσκησης του επαγγέλματος της φυσικής, θα πρέπει να έχει αποκτήσει τις επιστημονικές γνώσεις της φυσικής, δηλαδή να έχει πτυχίο φυσικής.⁴⁻⁶

Αυτό το τελευταίο οδηγεί και στο τελικό συμπέρασμα ότι η επιστημονική γνώση πρέπει να είναι οργανωμένη, συμπυκνωμένη και καθαρά διατυπωμένη, ώστε να μπορεί να μεταδίδεται από αυτούς που την κατέχουν σε αυτούς που δεν την κατέχουν. Πιο απλά, η επιστημονική γνώση πρέπει να οργανώνεται, να συμπυκνώνεται και να διατυπώνεται σε θεωρίες που μπορούν να διδάσκονται σε ένα πρόγραμμα σπουδών από αυτούς που τις γνωρίζουν σε αυτούς που θέλουν για να τις μάθουν, ώστε οι δεύτεροι να αποκτήσουν τις απαραίτητες επιστημονικές γνώσεις για να γίνουν μέλη της συγκεκριμένης επιστημονικής κοινότητας.^{2,7,8}

Το γεγονός αυτό οδήγησε κατά το 19ο αιώνα αρκετά επαγγέλματα να οργανώσουν και να συμπυκνώσουν τη γνώση τους σε καλά διατυπωμένες θεωρίες, ώστε να διδάσκονται στα μέλη τους και στη συνέχεια να τα καθοδηγούν στο να σκέφτονται και να πράττουν με συγκεκριμένο τρόπο, ώστε να επιλύουν προβλήματα που άπτονται της επιστήμης τους. Η νοσηλευτική επιστήμη, μολονότι καθυστερημένα, σε μια προσπάθεια να διεκδικήσει και να αξιώσει από το κοινωνικό σύνολο

την ιδιότητα του επιστημονικού επαγγέλματος, συμπύκνωσε τη μοναδική και συγκεκριμένη γνώση που χαρακτηρίζει το νοσηλευτικό επάγγελμα σε καλά διατυπωμένες θεωρίες που μπορούν να διδάσκονται στα ανώτατα εκπαιδευτικά ιδρύματα. Αυτό το εγχείρημα το ανέλαβαν κατά κύριο λόγο νοσηλευτικοί θεωρητικοί στις ΗΠΑ στις δεκαετίες του 1950 και 1960, με πιο χαρακτηριστικά ονόματα αυτά των Peplau, Rogers, Orem, Leininger κ.ά.^{2,9,10}

Ωστόσο, πολλές φορές οι νοσηλευτικές αυτές θεωρίες που αναπτύχθηκαν είχαν πολύπλοκη γλώσσα, εμπειρίχων υψηλό βαθμό αφαίρεσης και σε πολλές περιπτώσεις παρέμειναν ασύνδετες με την κλινική πράξη. Παρά την κριτική που έχει ασκηθεί και μάλιστα όχι αδικαιολόγητη, είναι αλήθεια πως οι θεωρίες αυτές αποτέλεσαν την απαρχή για τη θεμελίωση της νοσηλευτικής επιστήμης, αφού ανέπτυξαν το βασικό πυρήνα και τις κεντρικές ιδέες της.^{2,11,12} Ο βασικός πυρήνας της Νοσηλευτικής, όπως ορίζεται από όλες τις νοσηλευτικές θεωρίες, είναι η παροχή φροντίδας από τους επιστήμονες νοσηλευτές σε όσους την έχουν ανάγκη, είτε για να ξεπεράσουν κάποια αρρώστια, είτε για να διατηρήσουν και να προάγουν την υγεία τους.^{9,13-15} Ακόμη, οι κεντρικές ιδέες της νοσηλευτικής επιστήμης είναι οι ενότητες άτομο, περιβάλλον, υγεία και αρρώστια και οι μεταξύ τους αλληλεπιδράσεις. Επιπλέον, αναγνωρίζεται ότι ο ρόλος της Νοσηλευτικής είναι να αντιμετωπίζει τις παραπάνω ενότητες με ολιστική προσέγγιση και όχι τμηματικά, ώστε να γίνεται πολύ καλύτερα κατανοητή η μεταξύ τους αλληλεπίδραση.^{1,2,9,14,16}

Εφόσον, λοιπόν, η αλληλεπίδραση μεταξύ αυτών των κεντρικών ιδεών θα είναι ξεχωριστή και θα επηρεάζει με διαφορετικό τρόπο και σε διαφορετικό βαθμό το κάθε άτομο, αναπόφευκτα και η παρεχόμενη φροντίδα, που αποτελεί τον πυρήνα της νοσηλευτικής επιστήμης, θα είναι μοναδική. Έτσι, οι νοσηλευτικές θεωρίες αναδεικνύουν ως ένα επιπλέον χαρακτηριστικό της νοσηλευτικής επιστήμης την αντιμετώπιση του ατόμου ως ξεχωριστής και μοναδικής οντότητας, οι ανάγκες και απαιτήσεις του οποίου για παροχή φροντίδας αλλάζουν συνεχώς, ανάλογα με τους διαμορφούμενους συσχετισμούς μεταξύ των τεσσάρων παραπάνω κεντρικών ιδεών της Νοσηλευτικής.^{2,11,17-19}

Συνοψίζοντας, οι νοσηλευτικές θεωρίες είναι αναγκαίες, γιατί (α) οργανώνουν και συμπυκνώνουν τη συσσωρευμένη νοσηλευτική γνώση, έτσι ώστε να καταδεικνύουν στο κοινωνικό σύνολο το μοναδικό και

χαρακτηριστικό ρόλο της Νοσηλευτικής για την κοινωνία και (β) επεξηγούν και ορίζουν τα νοσηλευτικά προβλήματα και παρέχουν λύσεις σε αυτά, δηλαδή ορίζουν το είδος της φροντίδας που κάθε φορά έχουν ανάγκη τα άτομα, επεξηγούν γιατί το κάθε άτομο έχει ανάγκη αυτού του είδους τη φροντίδα και κάνουν εφικτή την εξατομικευμένη και ολιστική παροχή φροντίδας στο κάθε άτομο.

ΚΡΙΤΙΚΗ ΑΝΑΠΤΥΞΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΩΝ ΘΕΩΡΙΩΝ

Η Νοσηλευτική για πολλά χρόνια έχει δανειστεί το βιοϊατρικό θεωρητικό μοντέλο, όπου γίνεται τμηματοποίηση του ατόμου σε ένα σύνολο από υποσυστήματα, π.χ. αναπνευστικό, νευρικό κ.λπ., και το κάθε ένα σύστημα αντιμετωπίζεται αυτόνομα με σκοπό να υπάρξει αντικειμενική διάγνωση και θεραπεία. Ωστόσο, το μοντέλο αυτό, παρότι πολύ χρήσιμο και αποτελεσματικό για την ιατρική επιστήμη (αν και τελευταία έχουν εκφραστεί επιφυλάξεις γι' αυτό και από την ιατρική κοινότητα), συχνά προκαλεί σύγχυση στους νοσηλευτές, αφού ο στόχος του δεν είναι η ολιστική και εξατομικευμένη φροντίδα, που αποτελούν στόχους της νοσηλευτικής επιστήμης, αλλά η αντικειμενική διάγνωση και θεραπεία, δηλαδή οι στόχοι της ιατρικής επιστήμης. Το βιοϊατρικό μοντέλο είναι θεωρία που ορίζει και καθορίζει την επιστημονική ταυτότητα και τους στόχους της Ιατρικής, όχι όμως και της Νοσηλευτικής. Αν η Νοσηλευτική θέλει να έχει επιστημονική ταυτότητα, ρόλο και λόγο στην κλινική πράξη, δεν θα πρέπει να σταματήσει να διδάσκει θεωρίες ή να διδάσκει τις θεωρίες με λιγότερη εμβάθυνση ή έμφαση, αλλά να φροντίσει ώστε να διδάσκονται οι θεωρίες εκείνες που συνάδουν με την επιστημονική ταυτότητα, το ρόλο και τους στόχους της νοσηλευτικής επιστήμης.^{11,12,16}

Επιπλέον, επειδή η νοσηλευτική επιστήμη δεν έχει στόχο την αντικειμενική και γενικευμένη αντιμετώπιση των ατόμων, αλλά την υποκειμενική και εξατομικευμένη παροχή φροντίδας, αναπόφευκτα δεν μπορεί να υπάρχει μία και μοναδική νοσηλευτική θεωρία που να επεξηγεί τα πάντα. Δηλαδή, αυτό που χαρακτηρίσαμε ως κεντρικές ιδέες της νοσηλευτικής επιστήμης: «άτομο», «περιβάλλον», «υγεία» και «αρρώστια», δεν είναι σταθερές μεταβλητές, αλλά μοναδικές και διαρκώς μεταβαλλόμενες. Το κάθε άτομο είναι μοναδικό και γι' αυτό διαφορετικό, το κάθε περιβάλλον ξεχωριστό και ο τρόπος που ορίζεται και χαρακτηρίζεται η υγεία και

η αρρώστια παραμένει πάντοτε υποκειμενικός. Ακόμη, οι πολλαπλοί και πολύπλοκοι συνδυασμοί των σχέσεων που υπάρχουν ή που δυνητικά μπορούν να υπάρξουν μεταξύ των τεσσάρων παραπάνω κεντρικών ιδεών αναπόφευκτα εισάγουν την ανάγκη ύπαρξης πολλαπλών νοσηλευτικών θεωριών, δίχως απαραίτητως κάποια να είναι περισσότερο ή λιγότερο καλή. Απλά, ορισμένες μπορεί να είναι πιο επεξεργασμένες ή πιο περιεκτικές ή απλώς πιο σχετικές για τις ανάγκες του κάθε νοσηλευτή και του κάθε νοσηλευόμενου.^{2,11,12,20}

Για τους παραπάνω λόγους, όσοι νοσηλευτές ενασχολήθηκαν με νοσηλευτικές θεωρίες, συμβουλεύουν ότι οι νοσηλευτές πρέπει να γνωρίζουν και να έχουν εξοικειωθεί με μια σειρά από διαφορετικές νοσηλευτικές θεωρίες, ώστε στην κλινική τους πράξη να επιλέγουν κάθε φορά εκείνη που είναι η πιο σχετική και μπορεί να επιλύσει καλύτερα το κλινικό τους πρόβλημα. Ακόμη, η νοσηλευτική διεργασία, η οποία διδάσκεται και χρησιμοποιείται από τους νοσηλευτές παγκοσμίως, αποκτά νόημα και περιεχόμενο μόνο εφόσον βασίζεται σε κάποιο θεωρητικό πλαίσιο. Η νοσηλευτική διεργασία δεν είναι τίποτα περισσότερο από αυτό που η ίδια η λέξη υποδηλώνει, δηλαδή μια σειρά από εργασίες ή ενέργειες ή βήματα που έχουν νοσηλευτικό περιεχόμενο και οδηγούν στην επίλυση ενός νοσηλευτικού προβλήματος. Αλλά για να έχουν νοσηλευτικό περιεχόμενο, δηλαδή περιεχόμενο τέτοιο που να ανταποκρίνονται στον πυρήνα της νοσηλευτικής επιστήμης και να ικανοποιούν τις κεντρικές ιδέες της Νοσηλευτικής, πρέπει η νοσηλευτική διεργασία να βασίζεται πάνω σε κάποια νοσηλευτική θεωρία.

ΤΟ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΟ ΘΕΩΡΗΤΙΚΟ ΜΟΝΤΕΛΟ ΤΩΝ ROPER-LOGAN-TIERNEY

Όλα τα παραπάνω αναγνωρίζονται από μια σειρά επιστημόνων νοσηλευτών, μεταξύ των οποίων και οι Βρετανίδες νοσηλεύτριες Roper, Logan και Tierney, που μετά από 30 χρόνια κλινικής και ακαδημαϊκής εμπειρίας και βασιζόμενες στη θεωρία των 14 Γενικών Ανθρωπίνων Αναγκών της Henderson και στην Ιεράρχηση των Ανθρωπίνων Αναγκών του Maslow δημιούργησαν τη νοσηλευτική θεωρία που ονόμασαν Τα Βασικά Στοιχεία της Νοσηλευτικής (The Elements of Nursing), η οποία στη συνέχεια πήρε τα ονόματά τους.^{21,22} Το θεωρητικό μοντέλο των Roper-Logan-Tierney συνέχισε να εξελίσσεται στις δεκαετίες 1980, 1990 και 2000 και τα βασικά του στοιχεία να αποσαφηνίζονται.^{21,23}

Βασικός στόχος των Roper, Logan και Tierney ήταν να δημιουργήσουν μια θεωρία η οποία να έχει ικανοποιητικό βαθμό αφαίρεσης, ώστε να εμπεριέχει τον πυρήνα και τις κεντρικές ιδέες της νοσηλευτικής επιστήμης και παράλληλα να χαρακτηρίζεται από απλή γλώσσα, ώστε να καθιστά δυνατή την εφαρμογή της στην καθημερινή κλινική πράξη και να εναρμονίζεται με τη νοσηλευτική διεργασία. Η θεωρία των Roper-Logan-Tierney θεμελιώνεται πάνω στα ακόλουθα πέντε βασικά συστατικά:

- Δραστηριότητες διαβίωσης (ΔΔ) (activities of living)
- Κύκλος διαβίωσης (lifespan)
- Εξάρτηση/ανεξαρτησία (dependence/independence)
- Παράγοντες που επηρεάζουν τις δραστηριότητες διαβίωσης (factors influencing the activities of living)
- Εξατομικευμένος τρόπος διαβίωσης (individuality of living).²¹⁻²⁵

Οι Roper, Logan και Tierney περιγράφουν και αναλύουν τα παραπάνω πέντε βασικά συστατικά και καταδεικνύουν τη μεταξύ τους σχέση. Η θεωρία των Roper-Logan-Tierney ξεκινά με τη θέση ότι κατά τη διάρκεια της ζωής του ο άνθρωπος διεκπεραιώνει μια σειρά από δραστηριότητες, ώστε να εξασφαλίσει τη διαβίωσή του. Οι Roper, Logan και Tierney αναγνωρίζουν 12 δραστηριότητες διαβίωσης (ΔΔ) που κάθε άνθρωπος πρέπει επαρκώς να ικανοποιήσει, ώστε να εξασφαλίσει την επιβίωσή του. Οι 12 ΔΔ που οι Roper, Logan και Tierney απομονώνουν και αναγνωρίζουν είναι οι ακόλουθες:

1. Διαμόρφωση ασφαλούς περιβάλλοντος (maintaining a safe environment).
2. Επικοινωνία (communicating).
3. Αναπνοή (breathing).
4. Λήψη τροφής και υγρών (eating and drinking).
5. Απέκκριση (eliminating).
6. Φροντίδα προσωπικής καθαριότητας και ενδυμασίας (personal cleansing and dressing).
7. Έλεγχος της θερμοκρασίας του σώματος (controlling body temperature).
8. Κίνηση (mobilising).
9. Εργασία και ψυχαγωγία (working and playing).
10. Έκφραση σεξουαλικότητας (expressing sexuality).
11. Εξασφάλιση επαρκούς ύπνου (sleeping).
12. Θάνατος (dying).²¹⁻²⁵

Κάθε μια από τις 12 ΔΔ εξετάζονται ξεχωριστά και η ανάλυση ακολουθεί στο επόμενο υποκεφάλαιο. Όμως, είναι σημαντικό να σημειωθεί ότι μολονότι απομονώνονται και εξετάζονται ξεχωριστά η κάθε μια ΔΔ, ο άνθρωπος δεν μπορεί να επιβιώσει αν δεν φροντίσει να ικανοποιήσει επαρκώς όλες τις ΔΔ. Δηλαδή, η κάθε ΔΔ είναι απλώς μια άλλη διάσταση ή έκφανση της ζωής του κάθε ανθρώπου που θα πρέπει να ικανοποιείται επαρκώς, ώστε το άτομο να βιώνει υγιή βίο.²³

Το δεύτερο συστατικό της θεωρίας των Roper-Logan-Tierney είναι ο κύκλος διαβίωσης. Με αυτό το συστατικό οι Roper, Logan και Tierney υποστηρίζουν ότι οι παραπάνω 12 ΔΔ διεκπεραιώνονται μέσα στον ανθρώπινο κύκλο ζωής, ο οποίος όμως είναι αναπόσπαστα συνδεδεμένος με την ηλικία και αναπόφευκτα σε κάθε ηλικιακή ομάδα υπάρχει διαφορετική έμφαση σε κάθε ΔΔ. Έτσι, οι 12 ΔΔ βρίσκονται σε μια συνεχή αλλαγή και εξέλιξη καθόλη τη διάρκεια του κύκλου διαβίωσης. Οι Roper, Logan και Tierney αναγνώρισαν στον κύκλο διαβίωσης πέντε στάδια: τη νηπιακή ηλικία, την παιδική ηλικία, την εφηβική ηλικία, την ηλικία των ενηλίκων και την τρίτη ηλικία.²¹⁻²⁵

Το τρίτο συστατικό της θεωρίας των Roper-Logan-Tierney είναι η εξάρτηση/ανεξαρτησία, που είναι άρρηκτα συνδεδεμένο με τα προηγούμενα δύο συστατικά. Οι Roper, Logan και Tierney θεωρούν ότι η ιδεώδης ή υγιής κατάσταση ενός ατόμου ορίζεται από την ικανότητά του να διεκπεραιώνει, όσο το δυνατόν με μεγαλύτερη ανεξαρτησία, τις 12 ΔΔ κατά τη διάρκεια του κύκλου διαβίωσής του. Το επίπεδο της εξάρτησης/ανεξαρτησίας, βέβαια, μεταβάλλεται σε διάφορα ηλικιακά στάδια, π.χ. στη νηπιακή ηλικία το επίπεδο εξάρτησης για τη διεκπεραίωση των 12 ΔΔ είναι πολύ μεγαλύτερο απ' ό,τι στην ηλικία των ενηλίκων. Όταν το άτομο βρίσκεται σε ηλικιακό στάδιο όπου το ίδιο ή το περιβάλλον του θεωρεί ότι θα έπρεπε να έχει μεγαλύτερα επίπεδα ανεξαρτησίας στη διεκπεραίωση των 12 ΔΔ από αυτά που έχει, τότε απαιτείται νοσηλευτική παρέμβαση, ώστε να αποκτήσει αυτή την ανεξαρτησία. Επίσης, όταν η ανεξαρτησία του ατόμου στη διεκπεραίωση των 12 ΔΔ διακόπτεται αιφνிடίως, π.χ. από κάποιο ατύχημα, τότε πάλι απαιτείται νοσηλευτική φροντίδα. Με άλλα λόγια, σκοπός της νοσηλευτικής φροντίδας είναι να διατηρήσει ή να αποκαταστήσει σε κάθε άτομο το μεγαλύτερο δυνατό βαθμό ανεξαρτησίας στη διεκπεραίωση

των 12 ΔΔ ή να συμβιβάσει το άτομο με την εξάρτησή του αναφορικά με τη διεκπεραίωση κάποιων ΔΔ.²¹⁻²⁵

Το τέταρτο συστατικό της θεωρίας των Roper-Logan-Tierney είναι οι παράγοντες που επηρεάζουν τις δραστηριότητες διαβίωσης. Διακρίνονται πέντε βασικοί παράγοντες που επηρεάζουν τα επίπεδα εξάρτησης/ανεξαρτησίας στη διεκπεραίωση των 12 ΔΔ κατά τη διάρκεια του κύκλου διαβίωσης του ατόμου:

1. Βιολογικοί παράγοντες: Σχετίζονται με τις ανατομικές και φυσιολογικές ικανότητες του ατόμου να διεκπεραιώσει τις 12 ΔΔ.
2. Ψυχολογικοί παράγοντες: Σχετίζονται με τις νοητικές και συναισθηματικές ικανότητες του ατόμου να διεκπεραιώσει τις 12 ΔΔ.
3. Κοινωνικο-πολιτιστικοί παράγοντες: Σχετίζονται με τα ήθη, τις καθιερωμένες κοινωνικές αντιλήψεις και τα κοινωνικά πρότυπα κάθε κοινωνίας που καθορίζουν τα αποδεκτά επίπεδα ανεξαρτησίας για τη διεκπεραίωση κάθε μιας από τις 12 ΔΔ.
4. Περιβαλλοντικοί παράγοντες: Σχετίζονται με το ατμοσφαιρικό περιβάλλον, το οικιακό περιβάλλον, το εργασιακό περιβάλλον, το κτηριακό περιβάλλον

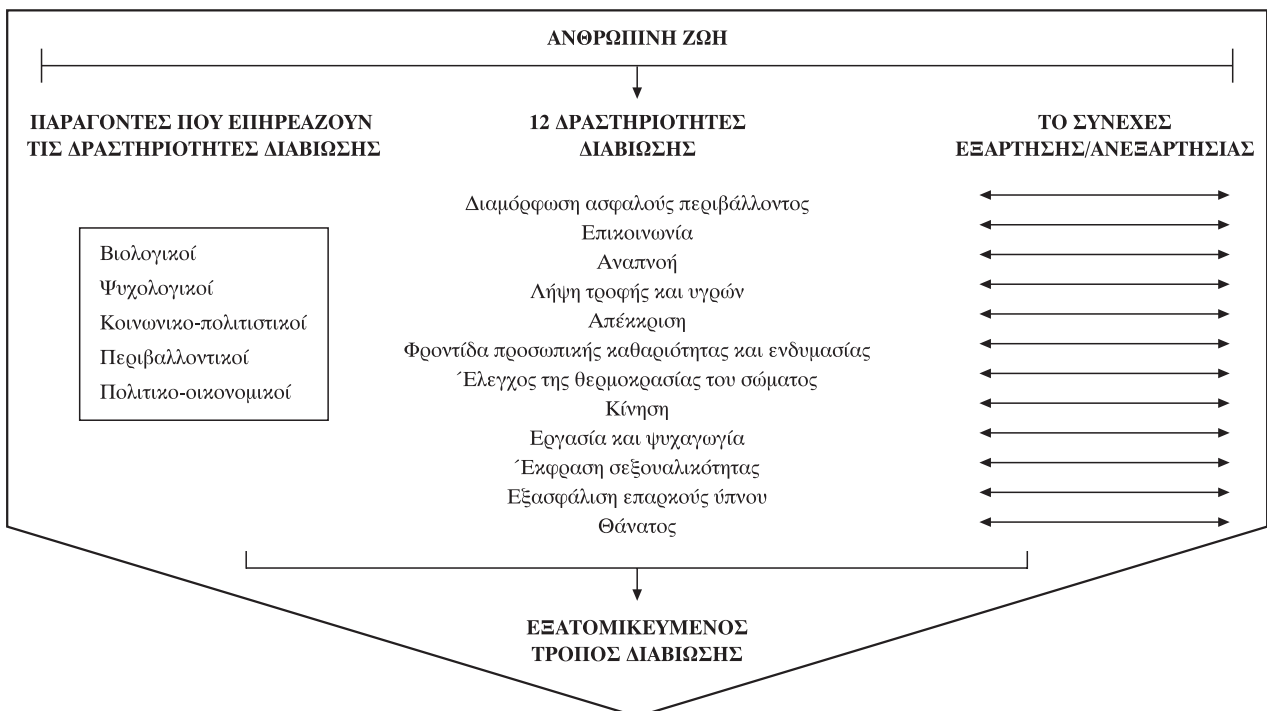
και το προσωπικό περιβάλλον για τη διεκπεραίωση κάθε μιας από τις 12 ΔΔ.

5. Πολιτικο-οικονομικοί παράγοντες: Σχετίζονται με το νομοθετικό σύστημα των κοινωνιών, το οποίο καθορίζει την πολιτική και οικονομική δραστηριότητα των ατόμων (πολιτών) και κατ' επέκταση επηρεάζει τη δυνατότητα διεκπεραίωσης των 12 ΔΔ.

Οι παραπάνω πέντε παράγοντες που επηρεάζουν τις ΔΔ βρίσκονται σε συνεχή αλληλεπίδραση μεταξύ τους.²¹⁻²⁵

Το πέμπτο και τελευταίο συστατικό της θεωρίας των Roper-Logan-Tierney είναι ο εξατομικευμένος τρόπος διαβίωσης. Λαμβάνοντας υπόψη τον κύκλο διαβίωσης και τους παράγοντες που επηρεάζουν τις 12 ΔΔ, ώστε να διεκπεραιώνονται με το μεγαλύτερο βαθμό ανεξαρτησίας, πρέπει επίσης να λαμβάνεται υπόψη και ο μοναδικός προσωπικός τρόπος με τον οποίο βιώνουν, αντιλαμβάνονται και διεκπεραιώνουν τα άτομα τις 12 ΔΔ.²¹⁻²⁵

Στην εικόνα 1 περιγράφεται σχηματικά το θεωρητικό μοντέλο των Roper-Logan-Tierney.



Εικόνα 1. Σχηματική αναπαράσταση θεωρητικού μοντέλου των Roper-Logan-Tierney.²³

ΟΙ 12 ΔΡΑΣΤΗΡΙΟΤΗΤΕΣ ΔΙΑΒΙΩΣΗΣ

Η θεωρία των Roper-Logan-Tierney, μολονότι είναι διατυπωμένη σε απλή γλώσσα, αποφεύγοντας έτσι το φιλοσοφικό στόμφο, ωστόσο δεν στερείται αναλυτικής σκέψης και λογικής σύνδεσης εννοιών. Επιπλέον, ικανοποιεί τον πυρήνα και τις κεντρικές ιδέες της Νοσηλευτικής. Τέλος, επιτρέπει τη μεταφορά όλων αυτών των εννοιών στην καθημερινή κλινική πράξη. Αυτό το επιτυγχάνει με τη χρήση της νοσηλευτικής διεργασίας με την οποία είναι εξοικειωμένοι όλοι παγκοσμίως οι νοσηλευτές και που περιλαμβάνει τέσσερα διακριτά στάδια: (α) εκτίμηση της κατάστασης του ασθενούς, (β) σχεδιασμός νοσηλευτικής φροντίδας, (γ) εφαρμογή νοσηλευτικής φροντίδας και (δ) αξιολόγηση της παρεχόμενης νοσηλευτικής φροντίδας.^{22,23}

Η εκτίμηση του ασθενούς, ο σχεδιασμός, η εφαρμογή και η αξιολόγηση της παρεχόμενης νοσηλευτικής φροντίδας, όταν χρησιμοποιηθεί το θεωρητικό μοντέλο των Roper-Logan-Tierney, θα γίνει σε συνάρτηση με τις 12 ΔΔ. Έτσι, η εκτίμηση του ασθενούς θα εξετάζει αν το νοσηλευόμενο άτομο έχει τη δυνατότητα ή όχι να επιτελεί ανεξάρτητα κάθε μια από τις 12 ΔΔ,

λαμβάνοντας υπόψη τους βιολογικούς, ψυχολογικούς, κοινωνικο-πολιτιστικούς, περιβαλλοντικούς και πολιτικο-οικονομικούς παράγοντες.²¹⁻²⁴

Στη συνέχεια, θα αναπτυχθούν ξεχωριστά οι 12 ΔΔ, με στόχο να αποσαφηνιστεί τι θα πρέπει ο κλινικός νοσηλευτής να αναζητεί σε κάθε μια από αυτές και ποιες ερωτήσεις θα ήταν χρήσιμο να κάνει και να επεξεργαστεί κατά την κλινική εφαρμογή της θεωρίας.

Οι πίνακες 1-12 περιλαμβάνουν τις σχετικές φόρμες για την εφαρμογή του θεωρητικού μοντέλου των Roper-Logan-Tierney.

1. Διαμόρφωση ασφαλούς περιβάλλοντος

Περιλαμβάνει όλες εκείνες τις ενέργειες που είναι απαραίτητες προκειμένου ένα άτομο να προστατεύσει τον εαυτό του από το περιβάλλον του (αποτροπή ατυχημάτων και ασθενειών στο σπίτι ή στο χώρο εργασίας ή στον κλινικό χώρο ή και σε ένα πιο συνολικό επίπεδο, π.χ. αγοράζοντας προϊόντα που δεν μολύνουν την ατμόσφαιρα). Η ικανότητα του ατόμου να διαμορφώσει και να διατηρήσει ένα ασφαλές περιβάλλον θα πρέπει να αξιολογηθεί στο πλαίσιο της ασθένειάς του, της θεραπείας του, του βαθμού εξάρτησης ή ανεξαρτη-

Πίνακας 1. Δυνητικές ερωτήσεις κατά το στάδιο της εκτίμησης ασθενούς αναφορικά με τη διαμόρφωση ασφαλούς περιβάλλοντος.²³

Βιολογικοί παράγοντες	Ψυχολογικοί παράγοντες	Κοινωνικο-πολιτιστικοί παράγοντες	Περιβαλλοντικοί παράγοντες	Πολιτικο-οικονομικοί παράγοντες
Είναι σε θέση το άτομο να προλάβει τυχόν ατυχήματα ή υπάρχει κίνδυνος για φυσικό τραυματισμό;	Έχει την ικανότητα ή τη γνώση να εντοπίζει πηγές κινδύνου για την ασφάλειά του και την υγιή διαβίωσή του;	Ποιες είναι οι πεποιθήσεις και οι αξίες του ατόμου αναφορικά με την ασφάλεια και την υγιή διαβίωση;	Μπορεί το άτομο να αναγνωρίσει κινδύνους του περιβάλλοντός του αναφορικά με την ασφάλειά του;	Υπάρχει έλλειψη πόρων ή μέσων που μπορεί να επιδράσουν αρνητικά στην ασφάλεια του ατόμου;
Βρίσκεται το άτομο σε κίνδυνο φυσικού τραυματισμού λόγω λοίμωξης, shock, αιμορραγίας ή απώλειας συνείδησης;	Η συμπεριφορά, η νοοτροπία, η προσωπικότητα και η αντίληψη του ατόμου για τον εαυτό θέτουν σε κίνδυνο την ασφάλειά του;	Χρειάζεται εκπαίδευση το άτομο αναφορικά με την ασφάλεια και την υγιή διαβίωση;	Υπάρχουν καταστάσεις στο περιβάλλον του ατόμου που μπορεί να προκαλέσουν εμπόδια ή κινδύνους στην ασφάλεια και την υγιή διαβίωση;	Υπάρχουν οικονομικοί παράγοντες που μπορεί να εμποδίζουν την ασφαλή και υγιή διαβίωση του ατόμου;
Μπορεί το άτομο να λάβει με ασφάλεια τη φαρμακευτική του αγωγή;	Νιώθει άγχος ή stress το άτομο για την ασφάλεια και τη διαβίωσή του;			
Είναι στα ασφαλή όρια τα ζωτικά του σημεία;				

σίας του, της κοινωνικής του θέσης κατά τη διάρκεια της ζωής του, και του νέου περιβάλλοντος ή της καθημερινότητάς του.^{11,22,23,25}

2. Επικοινωνία

Η επικοινωνία αποτελεί ένα ουσιαστικό κομμάτι της κοινωνικής αλληλεπίδρασης και περιλαμβάνει την επικοινωνία μέσω της γραφής, της ανάγνωσης ή της ομιλίας, καθώς και όλα τα είδη μη-λεκτικής επικοινωνίας. Τα προβλήματα επικοινωνίας μπορεί να έχουν οργανικά αίτια, όπως δυσχέρειες ομιλίας, ακοής ή όρασης, ψυχολογικά ή διανοητικά αίτια, ή να αντανακλούν πολιτισμικές ή γλωσσικές δυσκολίες. Ακόμη, υποκειμενικά συναισθήματα, στάσεις, άγχη και πόνος μεταδίδονται λεκτικά ή μη-λεκτικά, έτσι ώστε ο πόνος ως πρόβλημα να περιλαμβάνεται στο κομμάτι της επικοινωνίας.^{11,22,23,25}

3. Αναπνοή

Η αναπνοή, προφανώς, αποτελεί ιδιαίτερα βασική δραστηριότητα και επιτελείται αβίαστα και ελεύθερα. Είναι, δηλαδή, μια δράση που μπορεί να γίνει από κάθε άτομο ανεξάρτητα από την ηλικία του, και μόνον όταν συμβεί κά-

τι και αλλάξει αυτή η αυτόματη και ανεξάρτητη δραστηριότητα το άτομο συνειδητοποιεί την ύπαρξή της.^{11,22,23,25}

4. Λήψη τροφής και υγρών

Αυτή η δραστηριότητα περιλαμβάνει όχι μόνο τις φυσικές ενέργειες της κατανάλωσης φαγητού και ποτού, αλλά επίσης τη δραστηριότητα της απόκτησης και προετοιμσίας των τροφών και ποτών. Τα προβλήματα, συνεπώς, μπορεί να περιλαμβάνουν φυσικές ενέργειες, όπως μάσηση, κατάποση, ικανότητα να τρέφεται το άτομο μόνο του, ικανότητα να επισκέπτεται καταστήματα ή να μαγειρεύει, ψυχολογικές ή διανοητικές δυσχέρειες που σχετίζονται με τη γνώση ή την παροχή κινήτρων για φαγητό και ποτό, καθώς και κοινωνικο-οικονομικά προβλήματα, π.χ. διαθεσιμότητας των πόρων για αγορά τροφίμων.^{11,22,23,25}

5. Απέκκριση

Στο σημείο αυτό συζητούνται οι λειτουργίες του λεπτού/παχέος εντέρου και της ουροδόχου κύστης. Γίνεται μια καταγραφή του τρόπου λειτουργίας του γαστρεντερικού και του ουροποιητικού συστήματος, των

Πίνακας 2. Δυνητικές ερωτήσεις κατά το στάδιο της εκτίμησης ασθενούς αναφορικά με την επικοινωνία.²³

Βιολογικοί παράγοντες	Ψυχολογικοί παράγοντες	Κοινωνικο-πολιτιστικοί παράγοντες	Περιβαλλοντικοί παράγοντες	Πολιτικο-οικονομικοί παράγοντες
Είναι ικανό το άτομο να επικοινωνήσει πλήρως με το περιβάλλον του; Αξιολογούνται η ομιλία, η ακοή, η όραση, η γραφή, η ανάγνωση και τα μη λεκτικά μέσα επικοινωνίας	Η συμπεριφορά, η νοοτροπία, η προσωπικότητα και η αντίληψη του ατόμου επηρεάζουν την επικοινωνία του με τους άλλους;	Μπορεί το άτομο να χρησιμοποιεί αποτελεσματικά την ελληνική γλώσσα, ώστε να επικοινωνήσει; Υπάρχουν δυσκολίες επικοινωνίας λόγω διαλέκτου;	Είναι το περιβάλλον κατάλληλο, ώστε να προάγει την επικοινωνία, π.χ. υπάρχει ο κατάλληλος προσωπικός χώρος για να εκφραστεί το άτομο, είναι κατάλληλα διαμορφωμένος, κατάλληλα φωτισμένος κ.λπ.;	Μπορεί το άτομο να χρησιμοποιεί και να έχει πρόσβαση σε τηλεφώνο και άλλα μέσα επικοινωνίας, όπως εφημερίδα, τηλεόραση κ.λπ.;
Βρίσκεται το άτομο σε κατάσταση πόνου; Ποιο είναι το σημείο εντόπισης του πόνου, η έντασή του, το είδος και η συχνότητά του;	Νιώθει το άτομο άγχος ή απειλή από την κατάσταση του και την εισαγωγή του στο νοσοκομείο;	Υπάρχουν κοινωνικές ή πολιτιστικές συνήθειες που επηρεάζουν την επικοινωνία, π.χ. ντύσιμο, άγγιγμα κ.λπ.;	Υπάρχουν παράγοντες που μπορούν να επιτείνουν τον πόνο;	Υπάρχουν οικονομικές δυσκολίες που επιδρούν στη δυνατότητα επικοινωνίας;
Ποια είναι τα επίπεδα συνειδησίας του ατόμου;	Έχει το άτομο μειωμένη γνώση, πληροφόρηση ή νοητική ικανότητα; Ποια είναι η εμπειρία του ατόμου από το αίσθημα πόνου;	Ποιες είναι οι πεποισθήσεις του ατόμου για τον πόνο; Πώς συνήθως αντιμετωπίζει το άτομο τον πόνο;		

Πίνακας 3. Δυνητικές ερωτήσεις κατά το στάδιο της εκτίμησης ασθενούς αναφορικά με την αναπνοή.²³

Βιολογικοί παράγοντες	Ψυχολογικοί παράγοντες	Κοινωνικο-πολιτιστικοί παράγοντες	Περιβαλλοντικοί παράγοντες	Πολιτικο-οικονομικοί παράγοντες
Έχει δυσκολία το άτομο να αναπνεύσει και ποια είναι η αιτία;	Υπάρχουν συναισθηματικές αντιδράσεις που μπορεί να επηρεάσουν την αναπνοή;	Ποιες είναι οι πεποιθήσεις του ατόμου αναφορικά με το βήχα, την αποβολή πτυέλων και το κάπνισμα;	Υπάρχουν περιβαλλοντικοί παράγοντες που μπορεί να επηρεάσουν την αναπνοή του ατόμου, π.χ. τα επίπεδα οξυγόνου στο χώρο όπου ζει, η θερμοκρασία δωματίου, η θέση του κρεβατιού, τα διάφορα φάρμακα και οι διάφοροι ερεθιστικοί παράγοντες, όπως γύρη λουλουδιών κ.λπ.;	Έχει το άτομο επαρκή γνώση, πληροφόρηση και πόρους για να υιοθετήσει και να ξεπεράσει τυχόν δυσκολίες που του προκαλούν διαταραχές στην αναπνοή, π.χ. φάρμακα, κατάλληλο περιβάλλον διαβίωσης, συναισθηματική υποστήριξη κ.λπ.;
Υπάρχουν ανωμαλίες στις αναπνευστικές συνήθειες του ατόμου;	Χρειάζεται το άτομο κάποια ενημέρωση ή πληροφορία ή συμβουλή, ώστε να βοηθηθεί στην αναπνοή και στην προαγωγή της υγείας του;			
Υπάρχουν δραστηριότητες που επηρεάζουν την αναπνοή;				
Υπάρχουν φυσιολογικοί κίνδυνοι που μπορεί να σχετίζονται με την αναπνοή;				
Ποια είναι η αναπνευστική συχνότητα του ατόμου;				

Πίνακας 4. Δυνητικές ερωτήσεις κατά το στάδιο της εκτίμησης ασθενούς αναφορικά με τη λήψη τροφής και υγρών.²³

Βιολογικοί παράγοντες	Ψυχολογικοί παράγοντες	Κοινωνικο-πολιτιστικοί παράγοντες	Περιβαλλοντικοί παράγοντες	Πολιτικο-οικονομικοί παράγοντες
Έχει το άτομο δυσκολία στο να ψωνίζει και να ετοιμάζει ένα θρεπτικό γεύμα;	Έχει τη δυνατότητα το άτομο να κατανοήσει τι περιλαμβάνει μια θρεπτική και ισορροπημένη διαίτα;	Ποιες είναι οι πεποιθήσεις του ατόμου αναφορικά με το βήχα, την αποβολή πτυέλων και το κάπνισμα;	Υπάρχουν περιβαλλοντικοί παράγοντες που μπορεί να επηρεάσουν την αναπνοή του ατόμου, π.χ. τα επίπεδα οξυγόνου στο χώρο όπου ζει, η θερμοκρασία δωματίου, η θέση του κρεβατιού, τα διάφορα φάρμακα και οι διάφοροι ερεθιστικοί παράγοντες, όπως γύρη λουλουδιών κ.λπ.;	Έχει το άτομο επαρκή γνώση, πληροφόρηση και πόρους για να υιοθετήσει και να ξεπεράσει τυχόν δυσκολίες που του προκαλούν διαταραχές στην αναπνοή, π.χ. φάρμακα, κατάλληλο περιβάλλον διαβίωσης, συναισθηματική υποστήριξη κ.λπ.;
Έχει το άτομο δυσκολίες στην πρόσληψη, μάσηση, κατάποση ή πέψη της τροφής και των υγρών; Αν ναι, ποιοι είναι εκείνοι οι παράγοντες που προκαλούν τη δυσκολία;	Εκφράζει το άτομο απόψεις για το σωματικό του είδωλο;			
Πως περιγράφει το άτομο τη διαίτά του;	Έχει γνώση το άτομο για τον ασφαλή χειρισμό και την υγιεινή των τροφίμων;			
Ποιο είναι το σωματικό βάρος του ατόμου;	Ποια είναι η προσωπική στάση του ατόμου απέναντι στη διατροφή του; Τι του αρέσει και τι όχι;			
	Είναι προβληματισμένο το άτομο για τη διαίτά του;			

Πίνακας 5. Δυνητικές ερωτήσεις κατά το στάδιο της εκτίμησης ασθενούς αναφορικά με την απέκκριση.²³

Βιολογικοί παράγοντες	Ψυχολογικοί παράγοντες	Κοινωνικο-πολιτιστικοί παράγοντες	Περιβαλλοντικοί παράγοντες	Πολιτικο-οικονομικοί παράγοντες
Έχει το άτομο κάποια δυσκολία διούρησης ή αφόδευσης και αν ναι, ποια τα αίτια της;	Έχει το άτομο κάποιο ψυχολογικό ή συναισθηματικό πρόβλημα που μπορεί να μεταβάλει τη φυσιολογική λειτουργία απέκκρισης;	Ποια είναι η συνηθισμένη ορολογία για τις διαδικασίες απέκκρισης που χρησιμοποιεί το άτομο;	Γνωρίζει το άτομο που είναι ο χώρος της τουαλέτας και του πλυσίματος των χεριών και έχει τη δυνατότητα να τον χρησιμοποιήσει;	Υπάρχει κατάλληλος χώρος για τις απεγκριτικές ανάγκες του ατόμου;
Έχει το άτομο δυσκολία να χρησιμοποιήσει ή να φθάσει τη σκωραμίδα ή την κινητή τουαλέτα κ.λπ.;	Ποια είναι η πεποίθηση του ατόμου για την αίσθηση προσωπικού χώρου και αξιοπρέπειας;	Ποιες είναι οι συνηθισμένες ρουτίνες πριν/μετά την απέκκριση του ατόμου;	Ο χώρος της τουαλέτας βρίσκεται σε σημείο όπου το άτομο μπορεί να έχει εύκολη και ασφαλή πρόσβαση, και είναι ο χώρος αυτός επαρκής για τις ανάγκες του;	Έχει επαρκή γνώση το άτομο για την πρόληψη της μετάδοσης λοιμώξεων και για την κατάλληλη εφαρμογή των κανόνων υγιεινής;
Υπάρχουν εξαρτήματα ή συσκευές που διαταράσσουν τη φυσιολογική λειτουργία αποβολής ούρων και κοπράνων;	Είναι προβληματισμένο το άτομο με τη λειτουργία της απέκκρισης;	Μπορεί το άτομο να κατανοήσει την ανάγκη της υγιεινής;	Συντελεί ο χώρος της τουαλέτας στη διατήρηση της αξιοπρέπειας του ατόμου και στην περιφρόνηση της ιδιωτικής του ζωής;	
Ποιες είναι οι φυσιολογικές συνήθειες και ρουτίνες αποβολής ούρων και κοπράνων του ατόμου;	Εκφράζει το άτομο την ανάγκη για αυτοφροντίδα ή ιδιαίτερο χώρο;			

διαθέσιμων διευκολύνσεων προκειμένου να βοηθηθεί ο ασθενής στη διεκπεραίωση με ανεξάρτητο τρόπο της δραστηριότητας της απέκκρισης, καθώς και των πιθανών πολιτισμικών επιδράσεων που μπορεί να υπάρχουν. Η απέκκριση αποτελεί μια βασική ΔΔ, η οποία είναι δυνατόν να προκαλέσει μεγάλα προβλήματα, όπως άλγος, αμηχανία, ενόχληση και ταλαιπωρία. Τα προβλήματα μπορεί να οφείλονται στην περιορισμένη κινητικότητα, στη δυσκολία πρόσβασης στην τουαλέτα χωρίς τη βοήθεια άλλων, σε λοιμώξεις της ουροδόχου κύστης κ.ά. Για παράδειγμα, φλεγμονές της ουροδόχου κύστης μπορεί να προκαλέσουν προβλήματα σοβαρής ενόχλησης και πόνου, ενώ ένας μικρός βαθμός ακράτειας τείνει να προκαλέσει ενόχληση και αμηχανία, οδηγώντας ακόμη και σε κοινωνική απομόνωση κ.λπ.^{11,22,23,25}

6. Φροντίδα προσωπικής καθαριότητας και ενδυμασίας

Σε αυτή τη ΔΔ επισημαίνονται οι δυσκολίες του ατόμου να επιμελείται και να φροντίζει μόνος του την προσωπική καθαριότητα και τη δυνατότητα ένδυσης, συμπεριλαμβανομένης της κατάστασης του δέρματος, των νυχιών και των μαλλιών. Πιο συγκεκριμένα, η δραστηριότητα αυτή περιλαμβάνει την επιτέλεση των φυ-

σικών ενεργειών για τη διατήρηση και προαγωγή της προσωπικής υγιεινής, καθώς και για τη φροντίδα των μαλλιών, των δοντιών και του στόματος. Ακόμη, περιλαμβάνει τη φροντίδα και το πλύσιμο των χεριών και του σώματος, καθώς και τη φροντίδα της κατάστασης του δέρματος, όπως την αποφυγή της άσκησης πιέσεων σε διάφορες περιοχές του σώματος για την πρόληψη δημιουργίας κατακλίσεων.^{11,22,23,25}

7. Έλεγχος της θερμοκρασίας του σώματος

Ο άνθρωπος έχει τη δυνατότητα να διατηρεί τη θερμοκρασία του σώματός του σε σταθερά επίπεδα με το κέντρο ρύθμισης της θερμοκρασίας που διαθέτει. Σε πολύ μικρά βρέφη και στους ηλικιωμένους το σύστημα ρύθμισης της θερμοκρασίας είναι λιγότερο αποτελεσματικό, αλλά στον υπόλοιπο πληθυσμό οι μεταβολές της θερμοκρασίας σχετίζονται κυρίως με αλλαγές της περιβαλλοντικής θερμοκρασίας, με την προσθήκη ή αφαίρεση ρούχων κ.λπ. Ακραίες εξωτερικές θερμοκρασίες μπορεί να αποβούν επικίνδυνες για τη φυσιολογική διαβίωση του ατόμου. Έτσι, έντονο ψύχος ή έντονη ζέση μπορεί να προκαλέσουν υποθερμία ή υπερθερμία, αντίστοιχα, που αν δεν αντιμετωπιστούν μπορεί να

Πίνακας 6. Δυνητικές ερωτήσεις κατά το στάδιο της εκτίμησης ασθενούς αναφορικά με τη φροντίδα προσωπικής καθαριότητας και ενδυμασίας.²³

Βιολογικοί παράγοντες	Ψυχολογικοί παράγοντες	Κοινωνικο-πολιτιστικοί παράγοντες	Περιβαλλοντικοί παράγοντες	Πολιτικο-οικονομικοί παράγοντες
<p>Ποιες δυσκολίες είναι πιθανόν να αντιμετωπίσει το άτομο στην παρούσα κατάσταση αναφορικά με την καθαριότητα και την ενδυμασία του;</p> <p>Ποιες είναι οι συνήθειες και ρουτίνες του ατόμου αναφορικά με την αρρενωπότητα και τη θηλυπρέπεια;</p> <p>Τι αλλαγές μπορούν να εντοπιστούν σε σχέση με τα μαλλιά, τα δόντια, το στόμα, τα χέρια, τα νύχια, τα πόδια, το δέρμα, τη γενική εμφάνιση και την ένδυση του ατόμου;</p> <p>Βρίσκεται το άτομο σε κίνδυνο ενδεχόμενων επιπλοκών, αν δεν μπορεί επαρκώς να φροντίσει για την καθαριότητα και την ενδυμασία του;</p>	<p>Ποια είναι τα συνηθισμένα επίπεδα καθαριότητας και προσωπικής υγιεινής που επιτυγχάνει το άτομο;</p> <p>Τι γνώση έχει το άτομο αναφορικά με την προσωπική καθαριότητα;</p> <p>Υπάρχει άγχος ή στάση ζωής, αντίληψη ή συμπεριφορά που επηρεάζει την καθαριότητα και την ενδυμασία του;</p> <p>Υπάρχει η πιθανότητα το άτομο να νιώθει ντροπή για την καθαριότητα και την ενδυμασία του;</p> <p>Υπάρχει περίπτωση το άτομο να νιώσει τρόμο ή σοκ ή απώθηση στη θέαση τραύματος του δέρματός του;</p>	<p>Ποιες είναι οι απόψεις του ατόμου αναφορικά με την καθαριότητα και την ενδυμασία (ημερήσια/νυχτερινή);</p>	<p>Υπάρχουν επαρκείς κτηριακές δομές και πόροι, ώστε να επιτρέψουν στο άτομο να ανταποκριθεί στην καθαριότητα και την ενδυμασία;</p> <p>Νιώθει το άτομο ανησυχία για τις κτηριακές δομές, τον ιδιωτικό του χώρο και την αξιοπρέπειά του;</p>	<p>Έχει το άτομο επαρκή γνώση, οικονομική δυνατότητα και πόρους για να ικανοποιήσει τις ανάγκες της καθαριότητας και της ενδυμασίας;</p> <p>Έχει το άτομο τα βασικά αντικείμενα για να ικανοποιήσει τις ανάγκες καθαριότητας και ενδυμασίας, π.χ. ρουχισμό, υπόδηση κ.λπ.;</p>

Πίνακας 7. Δυνητικές ερωτήσεις κατά το στάδιο της εκτίμησης ασθενούς αναφορικά με τον έλεγχο της θερμοκρασίας του σώματος.²³

Βιολογικοί παράγοντες	Ψυχολογικοί παράγοντες	Κοινωνικο-πολιτιστικοί παράγοντες	Περιβαλλοντικοί παράγοντες	Πολιτικο-οικονομικοί παράγοντες
<p>Έχει το άτομο κάποιο πρόβλημα ή δυσκολία να ελέγξει τη θερμοκρασία του σώματος του, π.χ. λόγω ορμονών, πρόσληψης φαγητού και υγρών, γυμναστικής;</p> <p>Υπάρχουν τυχόν δυσκολίες ή δυσλειτουργίες που επηρεάζουν τη φυσιολογική θερμοκρασία του σώματος και αν ναι, ποια είναι τα αίτιά τους;</p> <p>Ποια είναι η θερμοκρασία σώματος του ατόμου κατά την εισαγωγή στο νοσοκομείο;</p>	<p>Η προσωπικότητα, οι αντιλήψεις, ο χαρακτήρας και η συμπεριφορά του ατόμου επηρεάζουν και μεταβάλλουν τη θερμοκρασία του σώματός του;</p> <p>Η διάθεση του ατόμου μεταβάλλει τη θερμοκρασία του σώματός του;</p>	<p>Υπάρχουν τυχόν επιδράσεις, κοινωνικές ή κουλτούρας, που μπορεί να επηρεάσουν την κατάλληλη ένδυση για τη διατήρηση της θερμοκρασίας του σώματος;</p>	<p>Είναι ικανό το άτομο να προσμετρήσει και να ελέγξει τις αλλαγές στη θερμοκρασία του σώματός του κάνοντας τις κατάλληλες επιλογές ή λαμβάνοντας τις κατάλληλες ενέργειες;</p>	<p>Είναι το άτομο ευπαθές σε αλλαγές της θερμοκρασίας;</p>

οδηγήσουν σε τραυματισμούς ή και στο θάνατο. Σε φυσιολογικές καταστάσεις, το άτομο είναι ικανό να ελέγξει τη θερμοκρασία του περιβάλλοντός του και του σώματός του, π.χ. κεντρική θέρμανση το χειμώνα.^{11,22,23,25}

8. Κίνηση

Ο Roper, Logan και Tierney αντιλαμβάνονται την κίνηση ως τη δραστηριότητα εκείνη που παράγεται από μεγάλες μυϊκές ομάδες, οι οποίες δίνουν τη δυνατότητα στα άτομα να στέκονται, να τρέχουν, να περπατούν και να κάθονται, καθώς και τις δραστηριότητες που παράγονται από μικρές μυϊκές ομάδες και συμβάλλουν στην κινητική δεξιότητα και στην επιτηδευμένη κίνηση. Τέλος, σε αυτή τη ΔΔ περιλαμβάνεται και η δυνατότητα της πρακτικής μετακίνησης, π.χ. η χρήση λεωφορείου ή αυτοκινήτου κ.λπ. Ο περιορισμός των κινήσεων μπορεί να συμβεί μετά από κάποιο τραυματισμό ή κάποια φλεγμονώδη πάθηση και μπορεί να έχει πολύ σημαντι-

κή επίδραση στον τρόπο ζωής και στην κοινωνική δραστηριότητα του ατόμου.^{11,22,23,25}

9. Εργασία και ψυχαγωγία

Η δραστηριότητα αυτή καλύπτει ένα μεγάλο μέρος της ζωής του ατόμου, παρόλο που συχνά θεωρείται ότι το κομμάτι της εργασίας υπερτερεί του ελεύθερου χρόνου και της διασκέδασης. Η συγκεκριμένη ΔΔ περιλαμβάνει τη φυσική ή διανοητική προσπάθεια κατά την εργασία ή τη διασκέδαση, η οποία μπορεί να επηρεάσει καθοριστικά τη φυσική και ψυχολογική ισορροπία και υγεία του ατόμου. Το να είναι κάποιος άρρωστος ή να βρίσκεται στο νοσοκομείο, ή πάντως μακριά από τη συννηθισμένη εργασιακή του καθημερινότητα, ενίοτε προκαλεί προβλήματα στο άτομο, όπως άγχος σχετικά με την απομάκρυνση από την οικογένεια και τους φίλους ή σχετικά με το φόρτο εργασίας, που μένει ανεκτέλεστος και συσσωρεύεται λόγω της απουσίας του. Αν και τις

Πίνακας 8. Δυνητικές ερωτήσεις κατά το στάδιο της εκτίμησης ασθενούς αναφορικά με τον έλεγχο της κίνησης.²³

Βιολογικοί παράγοντες	Ψυχολογικοί παράγοντες	Κοινωνικο-πολιτιστικοί παράγοντες	Περιβαλλοντικοί παράγοντες	Πολιτικο-οικονομικοί παράγοντες
Έχει το άτομο τη δυνατότητα να κινείται χωρίς την ανάγκη κάποιας υποστήριξης, π.χ. αναπηρική καρέκλα, μαστουνι ή άλλο πρόσωπο;	Πως αισθάνεται το άτομο για τα προβλήματα ή τους περιορισμούς στην κίνησή του; Το άτομο συνήθως είναι δραστήριο ή όχι;	Είναι πιθανόν να επηρεάζονται οι κοινωνικές δραστηριότητες του ατόμου από την προσωπική ή μόνιμη μεταβολή της κίνησης, όπως επικοινωνία με φίλους, διακοπές, ελεύθερος χρόνος, δυνατότητα μετάβασης στην αγορά, οικιακές εργασίες κ.λπ.;	Ποιοι είναι οι κίνδυνοι από τις κινήσεις ή μετακινήσεις του ατόμου; Υπάρχουν παράγοντες που μπορεί να προκαλέσουν περιορισμούς στις κινήσεις ή μετακινήσεις του ατόμου, π.χ. η χρήση μαστουνιού, το είδος της κατοικίας όπου ζει (αν πρέπει και μπορεί να χρησιμοποιεί ανελκυστήρα), οπτικοακουστικές βλάβες, καιρικές συνθήκες κ.λπ.;	Υπάρχουν παράγοντες που μπορεί να επηρεάζουν την ικανότητα του ατόμου να κινείται ελεύθερα στο καθημερινό του περιβάλλον; Έχει το άτομο την πρόσβαση σε δομές/πόρους/συσκευές που θα του επιτρέψουν την καλύτερη δυνατή κίνηση;
Με ποιο τρόπο επηρεάζονται οι άλλες δραστηριότητες διαβίωσης από τη δυσκολία κίνησης;	Μπορεί το άτομο να αντιληφθεί και να κατανοήσει τους λόγους που επιβάλλουν την ακινησία ή την άσκηση;	Υπάρχουν κοινωνικοί ή πολιτισμικοί παράγοντες που μπορεί να περιορίζουν τις κινήσεις του ατόμου;		
Είναι το πρόβλημα κίνησης προσωρινό ή μόνιμο;	Έχει το άτομο επαρκές επίπεδο παρότρυνσης, ώστε να εκτελεί τις κινήσεις του προγράμματος αποκατάστασης;			
Υπάρχουν τυχόν κίνδυνοι ή επιπλοκές που μπορούν να προκύψουν από τη μειωμένη/περιορισμένη κίνηση;	Έχει λάβει το άτομο επαρκή πληροφόρηση όσον αφορά στην κίνηση;			

Πίνακας 9. Δυνητικές ερωτήσεις κατά το στάδιο της εκτίμησης ασθενούς αναφορικά με την εργασία και διασκέδαση.²³

Βιολογικοί παράγοντες	Ψυχολογικοί παράγοντες	Κοινωνικο-πολιτιστικοί παράγοντες	Περιβαλλοντικοί παράγοντες	Πολιτικο-οικονομικοί παράγοντες
<p>Ποιες είναι οι συνηθισμένες εργασιακές και ψυχαγωγικές δραστηριότητες του ατόμου και πόσο απαιτητικές είναι από άποψη καταβολής σωματικής ενέργειας;</p> <p>Με ποιο τρόπο η παρούσα κατάσταση του ατόμου επηρεάζει τις παραπάνω δραστηριότητες;</p>	<p>Ποιες είναι οι συναισθηματικές επιδράσεις που προκαλούνται από την παρούσα κατάσταση του ατόμου σε σχέση με την εργασιακή και ψυχαγωγική του δραστηριότητα;</p> <p>Έχει το άτομο επαρκές επίπεδο πληροφόρησης για να διατηρήσει ασφαλές περιβάλλον σχετικά με τις δραστηριότητες της εργασίας και ψυχαγωγίας, π.χ. stress, υπερβολική εργασία κ.λπ.;</p> <p>Διαθέτει το άτομο κατάλληλο νοητικό επίπεδο, ώστε να προσλάβει και να εμπνευστεί από τις παρεχόμενες πληροφορίες;</p> <p>Ποιες είναι οι αντιδράσεις του ατόμου από την εισαγωγή του στο νοσοκομείο;</p>	<p>Έχει επέλθει μεταβολή ή συμβιβασμός στον κοινωνικό ρόλο του ατόμου λόγω της παρούσας κατάστασης της υγείας του;</p> <p>Ποιες κοινωνικές ή ηθικές υποχρεώσεις μπορεί να έχουν επηρεαστεί από την προσωρινή ή μόνιμη μεταβολή στις δραστηριότητες της εργασίας και της διασκέδασης του ατόμου;</p> <p>Τι είδους υποστήριξη μπορεί να περιμένει το άτομο από τους υπευθύνους υγείας;</p>	<p>Έχει γνώση το άτομο για σχετικές νομοθεσίες που διέπουν την εργασιακή νομοθεσία;</p> <p>Έχει πρόσβαση το άτομο σε νομικές πληροφορίες και συμβουλές που σχετίζονται με την εργασία και τη διασκέδαση;</p>	<p>Έχει το άτομο τυχόν οικονομικές ανησυχίες ή δυσκολίες;</p>

περισσότερες φορές ο νοσηλευτής δεν μπορεί να κάνει πολλά πράγματα για τα προβλήματα αυτά, ωστόσο είναι βασικό να γνωρίζει την ύπαρξή τους, αφού μπορεί να επηρεάσουν καθοριστικά την πορεία της υγείας του ατόμου.^{11,22,23,25}

10. Έκφραση σεξουαλικότητας

Περιλαμβάνει απόψεις αναφορικά με τη θηλυκότητα και την αρρενωπότητα, την εικόνα του ατόμου για τον εαυτό του και τον τρόπο με τον οποίο το άτομο αντιλαμβάνεται τον εαυτό του. Το να είμαστε άνδρες ή γυναίκες επηρεάζεται κατά πολύ από το πως εκφραζόμαστε, πως μας βλέπουν οι άλλοι και πως βλέπουμε εμείς οι ίδιοι τους εαυτούς μας. Επίσης, πέραν των προβλημάτων της μεταβολής της εικόνας του σώματος, τόσο πραγματικής όσο και φανταστικής, σε αυτή τη ΔΔ περιλαμβάνονται και προβλήματα που σχετίζονται με τα σεξουαλικά όργανα ή τη λειτουργία τους.^{11,22,23,25}

11. Εξασφάλιση επαρκούς ύπνου

Καταγράφονται τα συνηθισμένα πρότυπα ύπνου του ατόμου, ο τόπος στον οποίο κοιμάται και οι στρατηγικές που ακολουθεί για να κοιμηθεί. Οι ώρες ύπνου που χρειάζεται το κάθε άτομο ποικίλλουν, με τα βρέφη να κοιμούνται το μεγαλύτερο μέρος του 24ώρου και τους ηλικιωμένους να κοιμούνται ελαφρά και συχνά. Οι νεαροί ενήλικες συνηθίζουν να κοιμούνται αργά μέχρι το πρωί, ενώ τα μικρά παιδιά ξυπνούν πολύ νωρίς, αλλά σχεδόν ποτέ δεν κοιμούνται το απόγευμα. Μερικά άτομα κοιμούνται στην καρέκλα όλο το βράδυ και ξυπνούν μόνο για να πάνε να ξαπλώσουν στο κρεβάτι για λίγο ακόμη ύπνο, ενώ άλλοι τινάζονται και στριφογυρνούν στον ύπνο τους μέχρι τις πρώτες πρωινές ώρες. Για το νοσηλευτικό προσωπικό είναι απαραίτητο να γνωρίζει το σύνηθες πρότυπο ύπνου των ατόμων, προκειμένου να κατανοεί τον τρόπο με τον οποίο μια ασθένεια μπορεί να επηρεάζει τον ύπνο τους.^{11,22,23,25}

Πίνακας 10. Δυνητικές ερωτήσεις κατά το στάδιο της εκτίμησης ασθενούς αναφορικά με την έκφραση της σεξουαλικότητας.²³

Βιολογικοί παράγοντες	Ψυχολογικοί παράγοντες	Κοινωνικο-πολιτιστικοί παράγοντες	Περιβαλλοντικοί παράγοντες	Πολιτικο-οικονομικοί παράγοντες
<p>Ποιο είναι το φύλο του ατόμου;</p> <p>Υπάρχουν τυχόν μεταβολές στη φυσιολογία, δομή ή λειτουργία των στοιχείων που καθορίζουν το φύλο του ατόμου και που επηρεάζουν την κατάσταση της υγείας του;</p> <p>Έχει το άτομο πρόβλημα από την επαφή ή επικοινωνία με το αντίθετο φύλο στον κλινικό χώρο, π.χ. άγγιγμα ή να ξεντύνεται από άτομα αντίθετου φύλου;</p> <p>Η παρουσία της νόσου, της αρρώστιας ή της αναπηρίας έχει επίδραση στην έκφραση της σεξουαλικότητάς του;</p>	<p>Ποιες είναι οι συνήθειες συμπεριφορές και συνήθειες του ατόμου στην έκφραση σεξουαλικότητας, π.χ. ντύσιμο, εμφάνιση, σεξουαλική δραστηριότητα;</p> <p>Έχει το άτομο ασυνήθιστη ή μη αρμόζουσα σεξουαλική συμπεριφορά;</p> <p>Έχει το άτομο άγχος ή φοβίες λόγω ανεπαρκούς πληροφόρησης αναφορικά με την έκφραση της σεξουαλικότητας;</p>	<p>Υπάρχουν κοινωνικές ή θρησκευτικές επιδράσεις αναφορικά με την έκφραση σεξουαλικότητας του ατόμου που πρέπει να ληφθούν υπόψη;</p>	<p>Υπάρχει κάποιος παράγοντας που εμποδίζει την έκφραση της σεξουαλικότητας;</p>	<p>Έχει το άτομο επαρκείς πληροφορίες αναφορικά με την ασφαλή και υγιή σεξουαλική ζωή;</p> <p>Υπάρχουν ηθικοί, οικονομικοί ή νομικοί παράγοντες που μπορεί να επηρεάσουν την έκφραση της σεξουαλικότητας;</p>

Πίνακας 11. Δυνητικές ερωτήσεις κατά το στάδιο της εκτίμησης ασθενούς αναφορικά με την εξασφάλιση του επαρκούς ύπνου.²³

Βιολογικοί παράγοντες	Ψυχολογικοί παράγοντες	Κοινωνικο-πολιτιστικοί παράγοντες	Περιβαλλοντικοί παράγοντες	Πολιτικο-οικονομικοί παράγοντες
<p>Ποιες είναι οι συνήθειες του ατόμου αναφορικά με τον ύπνο και την αφύπνιση;</p> <p>Ποιες είναι οι προ του ύπνου συνήθειες;</p> <p>Το άτομο ροχαλίζει, υπνοβατεί, πέφτει από το κρεβάτι, έχει εφιάλτες κ.λπ.;</p> <p>Ποια είναι η συνήθης στάση ύπνου;</p> <p>Χρειάζεται το άτομο κάποιο φάρμακο για να κοιμηθεί;</p> <p>Υπάρχουν τυχόν διαταραχές ύπνου;</p> <p>Ποια είναι τα αίτια τυχόν διαταραχών ύπνου;</p>	<p>Έχει το άτομο φοβίες ή άγχος, που μπορεί να εμποδίζουν ή να μειώνουν τη διάρκεια του ύπνου;</p> <p>Ποιες είναι οι αντιλήψεις και οι πεποιθήσεις του ατόμου αναφορικά με τον ύπνο και την ξεκούραση;</p>	<p>Το άτομο συνηθίζει να κοιμάται μόνο του ή να μοιράζεται το κρεβάτι του;</p> <p>Τι είδος ρουχισμού συνήθως φορά το άτομο όταν κοιμάται;</p> <p>Πόσα μαξιλάρια, σεντόνια και κουβέρτες συνήθως χρησιμοποιεί το άτομο;</p> <p>Η εργασία ή ο τρόπος ζωής του ατόμου επηρεάζουν τον ύπνο του, π.χ. κυκλικό ωράριο εργασίας;</p>	<p>Με ποιο τρόπο το παρόν περιβάλλον είναι δυνατόν να μεταβάλει ή να εμποδίζει το συνηθισμένο μοτίβο ύπνου;</p> <p>Είναι συνηθισμένο το άτομο σε θόρυβο, φως ή άλλων ειδών παρεμβολές κατά τη διάρκεια του ύπνου του;</p> <p>Υπάρχουν θέματα ασφαλείας που πρέπει να ληφθούν υπόψη, όταν το άτομο κοιμάται;</p>	<p>Υπάρχουν τυχόν δυσκολίες, οι οποίες μπορεί να έχουν μακροχρόνιες ή βλαπτικές επιδράσεις στον ύπνο του ατόμου;</p> <p>Έχει το άτομο επαρκή και κατάλληλη πληροφόρηση και γνώση αναφορικά με τον ύπνο, την ξεκούραση και την υγιεινή ζωή;</p>

12. Θάνατος

Η ΔΔ αυτή αναφέρεται στην όλη διαδικασία που οδηγεί το άτομο στο θάνατο και όχι στον ίδιο το θάνατο. Ο διαδικασία θανάτου είναι η τελευταία ΔΔ την οποία κάθε άτομο θα βιώσει και με την οποία όλες οι άλλες δραστηριότητες σχετίζονται. Η δραστηριότητα αυτή περιλαμβάνει τα προβλήματα που σχετίζονται με το άτομο που πεθαίνει, αλλά και εκείνα που αντιμετωπίζουν οι πενθούντες συγγενείς και φίλοι, δηλαδή τα συναισθήματα και οι στάσεις έναντι του θανάτου.^{11,22,23,25}

Ο νοσηλευτής που θα χρησιμοποιήσει το θεωρητικό μοντέλο των Roper-Logan-Tierney αξιολογεί το βαθμό της ανεξαρτησίας του ατόμου στη διεκπεραίωση των παραπάνω 12 ΔΔ. Η αξιολόγηση αυτή γίνεται σε σχέση με τους βιολογικούς, ψυχολογικούς, κοινωνικοπολιτικούς, περιβαλλοντικούς και πολιτικο-οικονομικούς παράγοντες. Εφόσον ο νοσηλευτής αξιολογήσει

ότι η ανεξάρτητη διεκπεραίωση κάποιας από τις 12 ΔΔ περιορίζεται από τους πέντε παραπάνω παράγοντες, τότε πρέπει να προσδιορίσει αν ο περιορισμός αυτός δημιουργεί πρόβλημα στο άτομο στην παρούσα φάση ή είναι δυνατόν να δημιουργήσει πρόβλημα στο μέλλον. Με άλλα λόγια, ο νοσηλευτής, αφού αξιολογήσει τις 12 ΔΔ του ατόμου, εκτιμά αν υπάρχουν πραγματικά ή δυνητικά προβλήματα στη διεκπεραίωση αυτών. Αν ο νοσηλευτής εκτιμήσει ότι υπάρχουν πραγματικά ή δυνητικά προβλήματα, τότε πρέπει να παρέμβει και να σχεδιάσει τη νοσηλευτική φροντίδα, ώστε το άτομο να ξεπεράσει τα συγκεκριμένα προβλήματα ή να μπορέσει να προσαρμοστεί σε αυτά. Στη συνέχεια, εφαρμόζει το νοσηλευτικό του σχέδιο και κατόπιν το αξιολογεί, προκειμένου να διαπιστώσει αν το σχέδιό του έχει βοηθήσει το άτομο να ξεπεράσει τα πραγματικά ή δυνητικά προβλήματά του στη διεκπεραίωση των 12 ΔΔ.

Πίνακας 12. Δυνητικές ερωτήσεις κατά το στάδιο της εκτίμησης ασθενούς αναφορικά με το θάνατο.²³

Βιολογικοί παράγοντες	Ψυχολογικοί παράγοντες	Κοινωνικο-πολιτιστικοί παράγοντες	Περιβαλλοντικοί παράγοντες	Πολιτικο-οικονομικοί παράγοντες
Υπάρχουν επιβεβαιωμένοι ή διαγνωστικοί παράγοντες που μπορούν να απειλήσουν τη ζωή του ατόμου;	Έχει εκφράσει το άτομο φόβους, αγωνίες ή την επιθυμία να ξέρει αν θα πεθάνει ή όχι;	Ποια είναι η στάση, η πεποίθηση και η εμπειρία του ατόμου σχετικά με το θάνατο;	Επιθυμεί το άτομο να επιλέξει το περιβάλλον όπου θα πεθάνει;	Υπάρχουν τυχόν οικονομικοί, νομικοί και ηθικοί παράγοντες που εμποδίζουν τον ήρεμο θάνατο;
Είναι το άτομο ενημερωμένο για τη διάγνωση, το στάδιο και την πρόοδο της απειλητικής για τη ζωή του κατάστασης;	Επιθυμεί το άτομο να γνωρίζουν οι συγγενείς του για τυχόν επικείμενο θάνατό του;	Έχει το άτομο κάποιες συγκεκριμένες πολιτιστικές, θρησκευτικές, κοινωνικές ή προσωπικές επιθυμίες;	Τι υλικά και πόρους απαιτούν το άτομο και οι συγγενείς του για να ικανοποιήσουν τις ανάγκες τους κατά το θάνατο;	Ποια είναι η επίδραση του περιορισμένου χρόνου ζωής και του θανάτου του ατόμου στο στενό περιβάλλον του;
Η πιθανότητα θανάτου του ατόμου είναι πραγματική ή δυνητική;	Ποια είναι η συμπεριφορά, η στάση και η προσωπικότητα του ατόμου απέναντι στο θάνατο;	Ποιος από τους συγγενείς θα πρέπει να ενημερωθεί σε περίπτωση θανάτου;		Υπάρχουν επαρκείς ή κατάλληλες δομές και υποστηρικτικές υπηρεσίες μέσα στο νοσοκομείο για τον ετοιμοθάνατο και τους συγγενείς του;
	Πώς κατανοεί το άτομο τη διαδικασία του θανάτου;			Επιθυμεί το άτομο να δωρίσει όργανα μετά το θάνατό του και το γνωρίζει η οικογένειά του;

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Η νοσηλευτική επιστήμη έχει συμπυκνώσει και οργανώσει τη νοσηλευτική γνώση σε μια σειρά από νοσηλευτικές θεωρίες. Οι νοσηλευτικές θεωρίες έχουν ως στόχο από τη μια να εδραιώσουν την επιστημονική ταυτότητα της Νοσηλευτικής και από την άλλη να βοηθήσουν τους νοσηλευτές στην επίλυση καθημερινών νοσηλευτικών προβλημάτων με βάση τη νοσηλευτική γνώση. Ο πυρήνας των νοσηλευτικών θεωριών είναι η παροχή εξατομικευμένης και ολιστικής φροντίδας για να διατηρηθεί η υγεία ή για να ξεπεραστεί κάποια ασθένεια. Κάθε νοσηλευτική θεωρία αναφέρεται στις κεντρικές ιδέες άτομο, περιβάλλον, υγεία και αρρώστια. Το θεωρητικό μοντέλο των Roper-Logan-Tierney περιλαμβάνει το βασικό πυρήνα και τις κεντρικές ιδέες της νοσηλευτικής επιστήμης και επιπλέον προσφέρει, μέσω της χρήσης της νοσηλευτικής διεργασίας, τη δυνατότητα πρακτικής εφαρμογής της θεωρίας τους στην καθημερινή κλινική πράξη. Ο βασικός κορμός του θεωρητικού μοντέλου των Roper-Logan-Tierney είναι οι 12 δραστηριότητες διαβίωσης και η αξιολόγηση της δυνατότητας του ατόμου να τις εκτελεί με ανεξαρτησία ή όχι. Σε περίπτωση που υπάρχουν βιολογικοί, ψυχολογικοί, κοινωνικο-πολιτιστικοί, περιβαλλοντικοί και πολιτικο-οικονομικοί παράγοντες που επηρεάζουν την ανεξάρτητη διεκπεραίωση των 12 ΔΔ και δημιουργούν προβλήματα στο άτομο, τότε ο νοσηλευτής θα πρέπει να εντοπίσει τα προβλήματα αυτά και να σχεδιάσει νοσηλευτική φροντίδα που να βοηθά το άτομο να τα ξεπεράσει ή να προσαρμοστεί σε αυτά.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

- Aggleton P, Chalmers H. *Nursing models and nursing practice*. 2nd ed. Basingstoke, Macmillan Press Ltd, 2000
- McKenna H. *Nursing theories and models*. London, Routledge, 1997
- Vollmer MH. *Professionalization*. New Jersey, Prentice-Hill Inc, 1966
- Freidson E. *Professional powers*. Chicago, University Press, 1986
- Porter S. *Social theory and nursing practice*. Basingstoke, Macmillan Ltd, 1998
- Μαντζούκας Σ. Έρευνα και αντιληπτικά περιγράμματα: Τα είδη και η χρησιμότητά τους για τους ερευνητές νοσηλευτές. *Νοσηλευτική* 2003, 42:405-413
- Chinn PL, Kramer MK. *Theory and nursing: a systematic approach*. 4th ed. St Louis, Mosby, 1995
- Ford P, Walsh M. *New rituals for old: nursing through the looking glass*. Oxford, Butterworth-Heinemann, 1994
- George JB. *Nursing theories: the base for professional practice*. 4th ed. Englewood Cliffs, Prentice-Hall International Inc, 1995
- Mantzoukas S, Watkinson S. Review of advanced nursing practice: the international literature and developing the generic features. *J Clin Nurs* 2007, 16:28-37
- Pearson A, Vaughan B, Fitzgerald M. *Nursing models for practice*. 2nd ed. Oxford, Butterworth-Heinemann, 1996
- Edwards DS. *Philosophy of nursing: an introduction*. Basingstoke, Palgrave, 2001
- Χαραλαμπίδου Ε. Φροντίδα: ο αυτοσκοπός της νοσηλευτικής επιστήμης. *Νοσηλευτική* 2007, 45:437-438
- Saewye EM. Nursing theories of caring. *J Holist Nurs* 2000, 18:114-129
- Watson J. *Nursing: human science and human care: a theory of nursing*. New York, National League for Nursing, 1998
- Λαχανά Σ. Η σχέση μεταξύ θεωρίας, έρευνας και πράξης στη Νοσηλευτική: βιβλιογραφική ανασκόπηση. *Νοσηλευτική* 2001, 40:24-33
- Darbyshire P. Understanding caring through arts and humanities: a medical/nursing humanities approach to promoting alternative experiences of thinking and learning. *J Adv Nurs* 1994, 19:853-863
- Higgins B. Caring as therapeutic in nursing education. *J Nurs Educ* 1996, 35:134-136
- Bevis EO, Watson J. *Towards a caring curriculum: a new pedagogy for nursing*. New York, National League for Nursing, 1989
- McKenzie R. The importance of philosophical congruence for therapeutic use of self in practice. In: Freshwater D (ed) *Therapeutic nursing: improving patient care through self awareness and reflection*. London, Sage Publ, 2002:22-38
- Roper N, Logan W, Tierney A. *The elements of nursing*. Edinburgh, Churchill Livingstone, 1980
- Newton C. *The Roper-Logan-Tierney model in action*. Basingstoke, Macmillan Ltd, 1996
- Holland K, Jenkins J, Solomon J, Whittam S. *Applying the Roper-Logan-Tierney model in practice*. Edinburgh, Churchill Livingstone, 2003
- Roper N, Logan W, Tierney A. *The elements of nursing*. 2nd ed. Edinburgh, Churchill Livingstone, 1996
- Roper N, Logan W, Tierney A. *The Roper, Logan and Tierney model of nursing*. Edinburgh, Churchill Livingstone, 2000

Υποβλήθηκε: 02/02/2007

Επανυποβλήθηκε: 28/11/2007

Εγκρίθηκε: 30/11/2007