

ΕΝΤΥΠΟ
ΚΩΔΙΚΟΣ
ΑΡ. ΑΔΕΙΑΣ
108/198
Κ.Δ.Α.
ΕΛΛΑΣ
ΕΠΙΧΕΙΡΗΣΙΣ
Κ.Δ.Α.
ΠΕΡΙΟΔΙΚΑ
ΠΟΡΤ
ΠΑΥΕ
ΗΕΛΛΙΑΣ

ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ
ΜΕΣΟΓΕΙΟΝ 2 Γ ΚΤΙΡΙΟ · 115 27 ΑΘΗΝΑ

ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ

Τόμος 36 - Τεύχος 3 - Σεπτέμβριος - Δεκέμβριος 1997



NOSILEFTIKI

QUARTERLY PUBLICATION OF THE
HELLENIC NATIONAL GRADUATE NURSES ASSOCIATION

Vol 36 - No 3 - September - December 1997



ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

1. Άρθρο σύνταξης Δρ. Α. Παπαδαντωνάκη	163
2. 21ο Συνέδριο Νοσηλευτικής του Διεθνούς Συμβουλίου Νοσηλευτών, Ιούνιος '97, Βανκούβερ Μ. Καλαφάτη	165
3. 29η Συνεδρίαση των Εθνικών Αντιπροσωπειών του Διεθνούς Συμβουλίου Νοσηλευτών Μ. Μαλγαρινού	172
4. Νοσηλευτική Θεωρία και πράξη Οδύοντας προς τον 21ο αιώνα Δρ. Στέλλα Κοτζαμπασάκη	175
5. Φροντίδα στη Νοσηλευτική: Μια άλλη άποψη Π. Δημητρίου	185
6. Ο ρόλος του ειδικού κλινικού νοσηλευτή Χρ. Λεμονίδου	189
7. Ο ρόλος του νοσηλευτή εκπαιδευτικού στον κλινικό χώρο κριτική ανάλυση της βιβλιογραφίας Ευρ. Παπασταύρου	198
8. Ο διαβητολογικός νοσηλευτής και η εκπαίδευση στην αυτοφροντίδα Ελ. Δημητριάδου	209
9. Κυρίαρχες έννοιες και προσεγγίσεις στη διασφάλιση της ποιότητας Δ. Παπαγεωργίου	215
10. Κλινική Επιβλεψη-Ρόλοι, μοντέλα και στρατηγικές που μπορούν να ενθαρρύνουν την αντανακλαστική πρακτική (Reflective Practice) Μ. Μαντζώρου	226
11. Συζητήστε τρόπους με τους οποίους οι θεωρίες και δεξιότητες της συμβουλευτικής μπορούν να αναπτύξουν τη νοσηλευτική πρακτική Αθ. Μόσχου - Κάκκου	233
12. Εκπαιδευτική προετοιμασία διευθυντών νοσηλευτικών υπηρεσιών (ΔΝΥ) ώστε να ανταποκρίνονται σε μελλοντικές προκλήσεις Μ. Μπατσολάκη	247
13. Η αναγκαιότητα της εισαγωγής αλλαγών στη Νοσηλευτική Δρ. Ε. Χαραλαμπίδου	265
14. Έλεγχος συμπεριφοράς ψυχικά πασχόντων: Ηθικές διαστάσεις του προβλήματος Μ. Πριάμη, Χ. Πλάτη	272
15. Περιεχόμενα του Έτους 1997	282
16. Οδηγίες για τους συγγραφείς	284

CONTENTS

1. Editorial Dr. A. Papadantonaki	163
2. ICN 21st Quadrennial Congress June 1997, Vancouver M. Kalafati	165
3. 29th Meeting of the National Representatives of ICN M. Malgarinou	172
4. Nursing theory and practice Approaching the 21st century Dr. St. Kotzabassaki	175
5. Caring in Nursing: a different view P. Dimitriou	185
6. The role of clinical Nurse Practitioner Chr. Lemonidou	189
7. Clinical role of nurse teacher in terms of clinical areas: critical analysis of the literature Eur. Papastaurou	198
8. Diabetologic nurse and self management education El. Dimitriadou	209
9. Fundamental Concepts and Approaches of Quality Assurance D. Papageorgiou	215
10. Clinical Supervision - Roles, models and strategies which can encourage the reflective practice M. Mantzorou	226
11. Discuss ways in which counselling theory and skills be used to enhance Nursing practice Ath. Moschou - Kakkou	233
12. Educational Needs and nurse managers M. Batsolaki	247
13. The need to introduce changes in Nursing Dr. E. Charalabidou	265
14. Behavior control of the violent patients: ethical considerations M. Priami, Ch. Plati	272
15. Contents of the year 1997	282
16. Instructions to authors	284

- «ΤΑ ΕΝΥΠΟΓΡΑΦΑ ΚΕΙΜΕΝΑ ΔΕΝ ΕΚΦΡΑΖΟΥΝ ΑΠΑΡΑΙΤΗΤΑ ΚΑΙ ΤΙΣ ΑΠΟΨΕΙΣ ΤΟΥ ΕΣΔΝΕ».
- ΣΕ ΠΕΡΙΠΤΩΣΗ ΑΛΛΑΓΗΣ ΔΙΕΥΘΥΝΣΕΩΣ ΠΑΡΑΚΑΛΟΥΜΕ ΝΑ ΜΑΣ ΤΟ ΚΑΝΕΤΕ ΓΝΩΣΤΟ ΠΡΟΚΕΙΜΕΝΟΥ ΝΑ ΛΑΒΕΤΕ ΤΟ ΠΕΡΙΟΔΙΚΟ.

ΙΔΙΟΚΤΗΤΗΣ - ΕΚΔΟΤΗΣ

Εθνικός Σύνδεσμος
Διπλωματούχων Νοσηλευτριών - Νοσηλευτών
Ελλάδος
Πύργος Αθηνών, Γ κτίριο, 2ος όροφος
Μεσογείων 2, 115 27 ΑΘΗΝΑ
Τηλ.: 77 02 861

ΣΥΝΤΑΚΤΙΚΗ ΕΠΙΤΡΟΠΗ

Ε. Αγιώτου-Δημοπούλου
Α. Καλοκαιρινού
Α. Παπαδαντωνάκη
Ε. Πατηράκη
Α. Πορτοκαλάκη
Ε. Χαραλαμπίδου

ΥΠΕΥΘΥΝΟΣ ΕΚΔΟΣΗΣ

Δρ. Ασπασία Παπαδαντωνάκη

ΕΠΙΜΕΛΕΙΑ-ΠΑΡΑΓΩΓΗ ΕΚΔΟΣΗΣ

ΓΡΑΦΙΚΕΣ ΤΕΧΝΕΣ
ΓΕΩΡΓΙΟΣ ΠΑΠΑΝΙΚΟΛΑΟΥ Α.Β.Ε.Ε.
ΑΣΚΛΗΠΙΟΥ 80, 114 71 ΑΘΗΝΑ
ΤΗΛ. 3624.728, 3609.342, 3601.605, FAX: 3601.679

ΕΤΗΣΙΕΣ ΣΥΝΔΡΟΜΕΣ

Νοσηλεύτριες/ές-Σπουδάστριες/ές	5.000	δρχ.
Οργανισμοί-Εταιρείες-Βιβλιοθήκες	9.000	δρχ.
Εξωτερικού	80	\$
Τιμή τεύχους	1.500	δρχ.
Τιμή τευχών 1992-1996	1.200	δρχ.
» » 1990-1991	1.000	δρχ.
Παλαιότερα τεύχη	800	δρχ.

Ο διαβητολογικός νοσηλευτής και η εκπαίδευση στην αυτοφροντίδα

Ανθoγoς Νοσηλεύτρια Δημητριάδου Ελένη
251 Γενικό Νοσοκομείο Αεροπορίας

ΔΗΜΗΤΡΙΑΔΟΥ ΕΛΕΝΗ Ο διαβητολογικός νοσηλευτής και η εκπαίδευση στην αυτοφροντίδα. Ο Σακχαρώδης Διαβήτης δεν αποτελεί μια νόσο η οποία επιζητά θεραπεία ή ανακούφιση. Πρόκειται για μία «νέα ζωή» ποικιλοτρόπως διαφορετική με πολλαπλές απαιτήσεις και προβλήματα. Το άρθρο αυτό περιγράφει την έννοια του διαβητολογικού νοσηλευτή ως εξειδικευμένου επαγγελματία, υπεύθυνου για την εφαρμογή του προγράμματος αυτοφροντίδας το οποίο αναλύεται διεξοδικά. **Νοσηλευτική 3: 209-214, 1997.**

Ήδη από τα πρώτα χρόνια της ινσουλινοθεραπείας στη δεκαετία του 1920 διακεκριμένοι διαβητολόγοι όπως ο Dr. Joslin από τη Βοστώνη συνειδητοποιούν τη θεμελιώδη σημασία της διδασκαλίας του ασθενή στη θεραπεία του σακχαρώδη διαβήτη. Η απλή συνταγογράφηση της ινσουλίνης, των αντιδιαβητικών δισκίων και τα κατάλληλα σχέδια γευμάτων δεν ήταν αρκετά για έναν επαρκή μεταβολικό έλεγχο ή για την απουσία μεταβολικών κρίσεων¹. Ήταν από τότε ξεκάθαρο ότι για να μπορεί κάποιος να διενεργήσει την ινσουλινοθεραπεία απαιτείται εντατικό και σωστά δομημένο εκπαιδευτικό πρόγραμμα το οποίο με τη σειρά του απαιτεί ειδικά εκπαιδευμένο προσωπικό. Η καθιέρωση της διδασκαλίας αυτοφροντίδας (self management education) κρίνεται ήδη από τότε απαραίτητη και ο Joslin είναι ο πρώτος άνθρωπος που προσδιόρισε το ρόλο της νοσηλεύτριας εκπαιδευτή για τους ασθενείς με σακχαρώδη διαβήτη. Τα προ-

γράμματα εκπαίδευσης του Joslin, τα οποία αποτέλεσαν αφετηρία και για την αποτελεσματική διδασκαλία ασθενών άλλων ειδικοτήτων², εξελίχθηκαν και βελτιώθηκαν σημαντικά.

Το 1979 η Ευρωπαϊκή Διαβητολογική Ένωση³ ιδρύει την Ομάδα Μελέτης για την εκπαίδευση στον Σ/Δ με μείζονα στόχο να κατακτήσει την αποτελεσματική διδασκαλία αναπόσπαστο κομμάτι της θεραπείας του Σ/Δ.

Στην δεκαετία του 80 επισημαίνεται στις Ην. Πολιτείες η αναγκαιότητα συστηματικής και εξειδικευμένης εκπαίδευσης και καθιερώνεται η ειδικότητα του διαβητολογικού εκπαιδευτή. Από το 1986 χορηγείται πιστοποιητικό διαβητολογικού εκπαιδευτή (CDE)⁴ μετά από γραπτές εξετάσεις και τη συμπλήρωση 2000 ωρών διδασκαλίας, το οποίο ανανεώνεται κάθε πέντε χρόνια.

Το 1980 το Εθνικό Συμβουλευτικό Όργανο για τον Σ/Δ στις Ην. Πολιτείες σε συνεργασία με άλλες διαβητολογικές ομάδες θεσπίζει

standards για την εκπαίδευση στην αυτοφροντίδα του Σ/Δ, τα οποία αναθεωρήθηκαν το 1993 με βάση τη σύγχρονη βιβλιογραφία⁵.

Η έννοια του διαβητολογικού εκπαιδευτή

Ως διαβητολογικός εκπαιδευτής προσδιορίζεται ο επαγγελματίας υγείας ο οποίος κατέχει βασικές γνώσεις και πρακτικές βιολογικών και κοινωνικών επιστημών, επικοινωνίας και συμβουλευτικής και διαθέτει εμπειρία φροντίδας διαβητικών. Οι εκπαιδευτές μπορεί να είναι διπλωματούχοι νοσηλεύτες, διαιτολόγοι, γιατροί, φαρμακοποιοί, κοινωνικοί λειτουργοί, ποδιάτροι. Στόχος των εκπαιδευτών είναι να ανταποκριθούν στις επαγγελματικές απαιτήσεις και να γίνουν κάτοχοι του πτυχίου του διαβητολογικού εκπαιδευτή (CDE). Ο ρόλος του εκπαιδευτή είναι πολυδιάστατος, περιλαμβάνοντας εκπαίδευση ασθενών, οικογενειών και διαμόρφωση συστημάτων υποστήριξης. Για το λόγο αυτό απαιτεί ειδική εκπαίδευση, ικανότητα διδασκαλίας, καλή επικοινωνία, παροχή υποστήριξης, ετοιμότητα ακρόασης και διαπραγμάτευσης⁶. Πρόκειται για ένα ανερχόμενο επάγγελμα το οποίο απαιτεί από τους διαβητολογικούς εκπαιδευτές να αυτοπροσδιοριστούν, να θέσουν την αναγκαιότητα των υπηρεσιών τους και να καθιερωθούν ως επαγγελματίες. Οι διαβητολογικοί εκπαιδευτές αριθμούν στην Αμερικάνικη Ένωσή τους (ΑΕΔΕ) 7000 τακτικά μέλη⁴.

Πρόγραμμα εκπαίδευσης στην αυτοφροντίδα

Η διδασκαλία της αυτοφροντίδας του σακχαρώδη διαβήτη είναι η διαδικασία παροχής στο διαβητικό των απαραίτητων γνώσεων και πρακτικών για την αυτοφροντίδα, την αντιμετώπιση των κρίσεων, την αλλαγή στοιχείων του τρόπου ζωής. Η προοπτική της διαδικασίας είναι να καταστήσει τον ασθενή αισιόδοξο γνώστη και ενεργό συμμετέχοντα στη φροντίδα του διαβήτη του. Η έννοια της διδασκαλίας αυτο-

φροντίδας δίνει έμφαση στην ανάγκη ενασχόλησης του ασθενή με τη νόσο σε καθημερινή βάση. Στο πλαίσιο του προγραμματισμού της διδασκαλίας θα πρέπει να τίθεται ένας αριθμός εφικτών θεραπευτικών στόχων χωρίς να γίνεται προσπάθεια να αλλάξει ο τρόπος ζωής του ασθενή συνολικά μετά από μερικές επισκέψεις^{1,7}.

1. Χαρακτηριστικά Εκπαιδευτικού προγράμματος

Ένα πρόγραμμα εκπαίδευσης θα θεωρηθεί πρακτικό όταν προσφέρει διακριτές κατευθύνσεις για τη θεραπεία, την κλινική πράξη και την έρευνα. Χωρίς να είναι σύνθετο και επιβαρυνμένο με θεωρητικά πρότυπα, τα οποία μπορεί να αποδειχθούν δυσνόητα, θα πρέπει να έχει γενικά τα ακόλουθα χαρακτηριστικά⁷:

- να απευθύνεται σε όλους ή τουλάχιστον στους περισσότερους ασθενείς
- να είναι εφαρμόσιμο σε πολλούς χώρους (νοσοκομεία, κλινικές, κέντρα υγείας)
- να εκπαιδεύει λαμβάνοντας υπ' όψη τις πρόσφατες εξελίξεις στη διαβητολογική εκπαίδευση και τις τρέχουσες θεραπευτικές κατευθύνσεις.
- να καταγράφει και να προβλέπει
- να δείξει τους τρόπους με τους οποίους ένα σύστημα φροντίδας μπορεί να αξιολογεί πληροφορίες ώστε να εξατομικεύει παρεμβάσεις ανάλογα με τα ειδικά χαρακτηριστικά.
- να μην είναι στατικό, άκαμπτο αλλά ανοικτό σε νέες πληροφορίες, εκτιμήσεις και συνεχή επεξεργασία
- να σχεδιαστεί ώστε να καθοδηγεί τόσο τις συμπεριφορές των ασθενών όσο και των επαγγελματιών υγείας.

2. Στόχοι του προγράμματος

Η επιτυχής εκπαίδευση στηρίζεται στον ακριβή προσδιορισμό βραχυπρόθεσμων, κοινώς αποδεκτών αντικειμενικών σκοπών των

οποίων βέβαια η επίτευξη θα τροποποιείται σύμφωνα με τις συνθήκες. Υπάρχει διάσταση απόψεων γύρω από το ποιοι θα πρέπει να είναι οι στόχοι της διδασκαλίας αυτοφροντίδας. Ορισμένοι εκπαιδευτές θεωρούν ότι ο μεταβολικός έλεγχος και η μείωση της θνησιμότητας είναι εφικτοί, ενώ υπάρχει και η ομάδα που υποστηρίζει ότι η εκπαίδευση θα πρέπει να έχει πιο άμεσους στόχους όπως η παροχή γνώσης, οι αλλαγές της συμπεριφοράς και η βελτίωση της ποιότητας ζωής¹. Συνδυάζοντας τις δύο αυτές τάσεις μπορούμε να διακρίνουμε τους στόχους σε εκπαιδευτικούς και θεραπευτικούς^{6,8}.

Οι εκπαιδευτικοί στόχοι:

- κατανόηση του θέματος σακχαρώδης διαβήτη
- ανάπτυξη πρακτικών θεραπειών
- εισαγωγή της θεραπείας στην καθημερινή ζωή
- διαμόρφωση συμπεριφορών αισιοδοξίας και αυτοπεποίθησης
- απόκτηση λεπτομερούς γνώσης για διάφορους χειρισμούς
- ανάπτυξη ικανότητας λήψης αποφάσεων

Οι θεραπευτικοί στόχοι:

- αποφυγή οξέων επιπλοκών
- διατήρηση φυσιολογικών τιμών σακχάρου για αποφυγή χρόνιων επιπλοκών
- φροντίδα των ποδιών

3. Standards Διδασκαλίας

Προκειμένου να αξιολογηθεί ένα πρόγραμμα διδασκαλίας ως προς την πληρότητα του περιεχομένου του και την ικανοποίηση των αναγκών που πρόκειται να καλύψει, ελέγχεται με βάση τα αναθεωρημένα standards του 1993⁵. Με τον τρόπο αυτό εξασφαλίζεται ομοιομορφία στην εκπαίδευση, ποιότητα και τελικά επιτυχία. Οι θέσεις κλειδιά αυτών των standards αναφέρονται στη συνέχεια:

- εκτίμηση των αναγκών εκπαίδευσης
- παροχή κατανοητής εκπαίδευσης προσαρμοσμένης στις εκτιμηθείσες ανάγκες
- μετεκπαιδευτική αξιολόγηση για επισήμανση ελλείψεων

- ανακοίνωση των αποτελεσμάτων στον υπεύθυνο φορέα
- προδιαγραφές για την εκπαίδευση των εκπαιδευτών
- ύπαρξη συμβουλευτικής επιτροπής
- ύπαρξη σύγχρονου εκπαιδευτικού υλικού
- καταγραφή όλης της εκπαιδευτικής δραστηριότητας.

4. Μέθοδοι Διδασκαλίας- Τρόποι μάθησης

Επειδή ο κάθε άνθρωπος έχει εντελώς εξατομικευμένα χαρακτηριστικά θα ήταν σκόπιμη, αν όχι απαραίτητη, η ύπαρξη διαφόρων μεθόδων διδασκαλίας ώστε να είναι δυνατή η επιλογή ανάλογα με τις ανάγκες και τις δυνατότητες μάθησης. Οι μέθοδοι διδασκαλίας διακρίνονται:

α. εξατομικευμένη διδασκαλία

β. συζήτηση σε ομάδες

γ. έντυπο υλικό

δ. οπτικά μέσα

ε. σεμινάρια

στ. προγράμματα ηλεκτρονικών υπολογιστών τα οποία εφαρμόζονται από το 1990 και μετά.

Προκειμένου να επιλέξει επιτυχώς ο εκπαιδευτής μια μέθοδο ή να συνδυάσει ορισμένες από αυτές θα πρέπει να λάβει υπ' όψη ότι συχνά μια μη δομημένη διδασκαλία εκλαμβάνεται ως εξατομικευμένη γι' αυτό οφείλει να την εξετάζει σχολαστικά ως προς το περιεχόμενό της.

Το έντυπο υλικό συχνά μπορεί να αποδειχθεί ιδιαίτερα πολύπλοκο και δυσνόητο. Στις περιπτώσεις αυτές χειρόγραφες οδηγίες, έντυπα με πολλές εικόνες καθώς και η εμπειρική μάθηση μπορούν να εξασφαλίσουν την ανάπτυξη δεξιοτήτων αυτοφροντίδας σε άτομα χαμηλού μορφωτικού επιπέδου.

Ειδικότερα στην εκπαίδευση των εφήβων η εμπειρική μάθηση εμφανίζεται κυρίαρχη. Εδώ η εφαρμογή θα πρέπει να έπεται άμεσα της θεωρητικής διδασκαλίας. Η συνεχής πρακτική, η επανάληψη και κυρίως η ενθάρρυνση και η επι-

βράβευση θα διευκολύνουν σημαντικά τη μάθηση.

Αντίθετα, τα παιδιά μαθαίνουν σχεδόν αποκλειστικά με το παιχνίδι. Θα πρέπει να υπάρξει συμφωνία ανάμεσα στο παιδί, τους γονείς και τον εκπαιδευτή σχετικά με το περιεχόμενο της διδασκαλίας και τις απαιτήσεις αυτοφροντίδας. Τα παιδιά 5-6 χρονών ζητούν πολλές φορές να συμμετέχουν ενεργά στις εκπαιδευτικές διαδικασίες. Η παρουσίαση των πληροφοριών μπορεί να γίνει με κούκλες, παιχνίδια, ζωγραφική, ανταλλαγή ρόλων και ταινίες⁴.

Κοινό χαρακτηριστικό όλων των εκπαιδευτικών μεθόδων είναι το ότι έχουν εγκαταλείψει τον παραδοσιακό μονόπλευρο τρόπο εκπαίδευσης από τον εκπαιδευτή προς τον εκπαιδευόμενο υποστηρίζοντας την αμφίπλευρη εκπαίδευση μέσα από την ανταλλαγή ιδεών στο πλαίσιο μικρών ομάδων³.

Περιεχόμενο Διδασκαλίας

Ο διαβητολογικός εκπαιδευτής, εκτός από το σχεδιασμό του μαθήματος και τις επιταγές του προγράμματος διδασκαλίας ρωτά τον ασθενή σχετικά με το τι έχει διαβάσει ή ακούσει για το σακχαρώδη διαβήτη ώστε να προσδιοριστούν αδρά το επίπεδο και η θεματολογία των μαθημάτων. Ο εκπαιδευτής οφείλει να πει στον ασθενή ότι η αυτοφροντίδα είναι μια διαδικασία σύνθετη ρωτώντας στη συνέχεια τα θέματα της αυτοφροντίδας που ο ασθενής θα ήθελε να συζητήσει. Με τον τρόπο αυτό αναδεικνύει σε κάθε συνάντηση τις ανάγκες, τη διάθεση και τους προβληματισμούς του ασθενή του. Καταγράφοντας αυτές τις επιθυμίες για γνώση θα ξέρει τι θα συζητήσει την επόμενη φορά και θα καταστήσει την εκπαίδευση πραγματικά εξατομικευμένη⁷.

Οι ερωτήσεις δεν πρέπει να αφορούν μόνο τεχνικά ζητήματα και θέματα σχετικά με τη νόσο αλλά και ευρύτερες περιοχές προσωπικού ενδιαφέροντος όπως είναι η έντονη εξάρτηση από τα γλυκά, η συνεχής αλλαγή διάθεσης ανάλογα με τις τιμές του σακχάρου, ο φόβος των επιπλοκών, και ιδιαίτερα της τύφλωσης, η αδυ-

ναμία κοινωνικοποίησης⁹. Η δυσκολία εννοιολογικών θεμάτων ή τεχνικών δε θα πρέπει να υπεραπλουστεύεται. Παράλληλα δίνοντας έμφαση σε ένα θέμα σύνθετο ή σοβαρό μπορεί να δημιουργηθεί η εσφαλμένη εντύπωση ότι εμφανίζεται με τη μεγαλύτερη συχνότητα π.χ. συχνά ο κίνδυνος θανάτου από στεφανιαία νόσο στους διαβητικούς, αν και μεγάλος, παραμερίζεται από την σημασία που προσδίδεται στη φροντίδα των ποδιών¹⁰, ενώ συχνά βλέπουμε ασθενείς να καπνίζουν (όπως συμβαίνει με το 1/3 των διαβητικών) γιατί κανείς δεν τους είπε ότι επιβάλλεται να σταματήσουν το κάπνισμα¹¹.

Στη διαδικασία εκπαίδευσης του διαβητικού δεν αρκεί μόνο η παρουσίαση νοσολογικών στοιχείων και πρακτικών αλλά και η διδασκαλία στρατηγικών συμπεριφοράς. Η εφαρμογή αυτών των στρατηγικών απαιτεί κατανόηση των πεποιθήσεων του ασθενή για το διαβήτη, των πιθανών εμποδίων στην αυτοφροντίδα, των ικανοτήτων για συγκεκριμένους χειρισμούς από το υποστηρικτικό περιβάλλον. Ακούγοντας τις εκφράσεις θυμού του ασθενή, ρωτώντας τον για τις υπόλοιπες ανησυχίες του, εξηγώντας τα νέα δεδομένα και το τι μπορεί να γίνει, βοηθάμε στη μείωση των υποκείμενων φόβων του. Ιδιαίτερα οι ινσουλινοεξαρτώμενοι ασθενείς υψηλού κινδύνου, σε σχέση με αυτούς που διατηρούν ικανοποιητικό γλυκαιμικό έλεγχο, εμφανίζουν συχνότερα συνοδά ψυχιατρικά προβλήματα, όπως είναι η κατάθλιψη και οι διαταραχές στη σίτιση. Προβλήματα τα οποία υποτιμούνται ή αντιμετωπίζονται θεραπευτικά εσφαλμένα¹². Ο στόχος λοιπόν της βελτίωσης της ζωής του διαβητικού, μέσω του ελέγχου των επιπλοκών, απαιτεί την κατανόηση των κοινωνικών, ψυχολογικών και ψυχιατρικών διαστάσεων του σακχαρώδη διαβήτη⁹. Ο ινσουλινοεξαρτώμενος διαβητής μπορεί να αντιμετωπιστεί με μια υγιή και ευτυχισμένη ζωή.

Συνοπτικά ένα πρόγραμμα αυτοφροντίδας θεωρείται ολοκληρωμένο όταν καλύπτει την ακόλουθη θεματολογία²:

1. Γενικά στοιχεία για τον Σ/Δ
2. Άγχος και ψυχοκοινωνική προσαρμογή
3. Οικογένεια και κοινωνική υποστήριξη

4. Διατροφή
5. Άσκηση και δραστηριότητες
6. Θεραπείες
7. Παρακολούθηση και αξιοποίηση των αποτελεσμάτων
8. Σχέσεις μεταξύ διατροφής, άσκησης, θεραπείας και επιπέδων γλυκόζης στο αίμα
9. Έλεγχος, αποφυγή και θεραπεία οξέων επιπλοκών
10. Έλεγχος, αποφυγή και θεραπεία χρόνιων επιπλοκών
11. Φροντίδα ποδιών, δέρματος και δοντιών
12. Στρατηγικές αλλαγής συμπεριφοράς, καθορισμός στόχων, μείωση παραγόντων κινδύνου και επίλυση προβλημάτων
13. Τρόποι βελτίωσης γλυκαιμικού ελέγχου
14. Αντισύλληψη, εγκυμοσύνη και διαβήτη κύησης
15. Αξιοποίηση του υγειονομικού συστήματος και των κοινωνικών πόρων

Αναγκαία στη διαδικασία της εκπαίδευσης είναι η αξιολόγηση του βαθμού κατανόησης. Συχνά διαπιστώνεται σε εκπαιδευόμενους ασθενείς εμπειρία αρνητικών καταστάσεων (υπογλυκαιμικών) η οποία αποδεικνύει γνωστική έλλειψη. Αυτή η έλλειψη μπορεί να οφείλεται:

1. σε μειωμένη κατανόηση του θέματος σακχαρώδη διαβήτη και της αντιμετώπισής του
2. εμμονή σε λάθος πληροφορίες από προηγούμενες ενημερώσεις.

Η διδασκαλία αυτοφροντίδας εκτός από τον ασθενή με σακχαρώδη διαβήτη θα πρέπει να γίνεται και σε ένα τουλάχιστον μέλος της οικογένειάς του. Στην περίπτωση των εφήβων και των παιδιών με σακχαρώδη διαβήτη η συμμετοχή της οικογένειας είναι υποχρεωτική.

Ειδικότερα για **το διαβητικό παιδί:**

- η προσφορά βοήθειας στους γονείς να ξεπεράσουν το αρχικό shock και τη λύπη αποτελεί πρωταρχικό μέλημα
- υπάρχει ανάγκη μείωσης του άγχους εν όψει της ευθύνης για την φροντίδα του παιδιού
- το πρόγραμμα της διδασκαλίας πρέπει να απευθύνεται και στους δύο γονείς και σε όλη την υπόλοιπη οικογένεια
- το παιδί θα πρέπει να συμμετέχει στη φρο-

ντίδα όσο γίνεται περισσότερο ανάλογα με το επίπεδο ανάπτυξής του.

Τέλος σημαντική για μια αποτελεσματικότερη διδασκαλία θα ήταν η επίσκεψη στο σπίτι του ασθενή ώστε να καταγραφεί ο τρόπος ζωής και εργασίας, ενώ μετά την ολοκλήρωση της βασικής διδασκαλίας θα ήταν σκόπιμη η διατήρηση επαφής με τους ασθενείς μεταξύ των συναντήσεων με τηλέφωνα ή γράμματα προκειμένου να συνειδητοποιήσουν ότι κάποιος ενδιαφέρεται γι' αυτούς και θα τους βοηθήσει αν χρειαστεί στα διαστήματα μεταξύ των συναντήσεων⁷.

Ο Σ/Δ αποτελεί μια κατάσταση ζωής που βιώνεται από σημαντικό αριθμό συνανθρώπων μας και απαιτεί τη γνώση της φυσιολογίας και των τεχνικών προσαρμογής και αυτοπροστασίας. Παρ' όλα αυτά η εκπαίδευση γύρω από τη «νέα ζωή» που αποκαλύπτεται εξακολουθεί σε πολλούς χώρους υγείας και στη χώρα μας να μην αποτελεί αναπόσπαστο κομμάτι της θεραπείας. Συναντάται ως προαιρετική υπηρεσία προς τον ασθενή η οποία συχνά είναι αποσπασματική, ακατάλληλη, χωρίς δομή και εύκολα παραμερίζεται με την πρόφαση της έλλειψης χρόνου ή χρημάτων. Αναμφισβήτητα οι ασθενείς θα βρουν τρόπους να επιβιώσουν έχοντας όμως το κόστος των αυστηρών διαιτητικών περιορισμών, των αλλεπάλληλων υπογλυκαιμιών και της επικίνδυνης υπεργλυκαιμίας.

Πόσο σημαντική όμως δε θα ήταν η μάθηση του αυτοελέγχου και της αυτοφροντίδας από εξειδικευμένη ομάδα ανθρώπων με γνώσεις, ενθουσιασμό και ενδιαφέρον σε κατάλληλο εκπαιδευτικό περιβάλλον; Βελτίωση του μεταβολικού ελέγχου χωρίς αυστηρούς διαιτητικούς περιορισμούς και ρύθμιση των δόσεων ινσουλίνης από τον ίδιο τον άρρωστο θα πείσουν τον ασθενή ότι η προσωπική του επιτυχημένη φροντίδα θα επιφέρει τη διαφορά στη δράση του Σ/Δ⁹. Η κατάκτηση αυτής της επιτυχίας πρέπει να γίνει στόχος όλων των επαγγελματιών υγείας και ιδιαίτερα των νοσηλευτών που ασχολούνται με τον διαβητικό ασθενή. Η ευθύνη για συνειδητοποιημένους, ρυθμισμένους και τελικά ευτυχισμένους ασθενείς μας ανήκει.

ELENI DIMITRIADOU Diabetologic nurse and self management education

Diabetes mellitus is not a disease that requires treatment of relief. It constitutes a «new life» different in various ways with multiple problems and demands. This article describes the concept of diabetologic nurse as specialized professional, responsible for the application of the self education program which is also analyzed extensively. Nosileftiki 3: 209-214, 1997.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

1. Clement Stephen: «Diabetes self management education». Diabetes Care 1995 Aug; 18(8): 1204-1210.
2. Funnel M, Haas L: «National standards for diabetes self management educational programs». Diabetes Care 1995 Jan; 18(1): 100-116
3. Mulhauser I, Berger M: «Diabetes education and insulin therapy: when they ever learn?» Journ. of Intern. Med. 1993 Apr; 233(4): 321-26.
4. Hinnen Deborah: «Issues in Diabetes Education». Nurs. Clin. Nor. Amer. 1993 Mar; 28(1): 113-119.
5. «National standards for diabetes self management educational programs». Task force to revise the national standards. Diabetes Care 1995 Jan; 18(1): 141-143.
6. Maldonato A et al: «Diabetes mellitus: lessons from patient education». Patient Educ. Couns. 1995 Sep; 26(1-3): 57-66.
7. Glasgow E. Russel: «A practical model of diabetes management and education». Diabetes Care 1995 Jan; 18(1): 117-26.
8. Court J.M. «Diabetes education for the family, patient and paramedical staff». Indian Journ. Pediatr. 1989 Nov-Dec; 56 Suppl 1: S81-85.
9. Jacobson M. Alan: «The psychological care of patients with insulin-dependent diabetes mellitus». New Engl. Journ. Med. 1996 May; (9) 334(19): 1249-53.
10. Wetterrhall SF et al: «Trends in diabetes and diabetic complications, 1980-1987». Diabetes Care 1992, 15: 960-967.
11. Haire-Joshu D, Ziff S: «Where there's smoke... there are complications». Diabetes Forecast 1994, 47(3): 21-28.
12. Gavard JA et al: «Prevalence of depression in adults with diabetes: an epidemiological evaluation». Diabetes Care 1993, 16: 1167-1178.