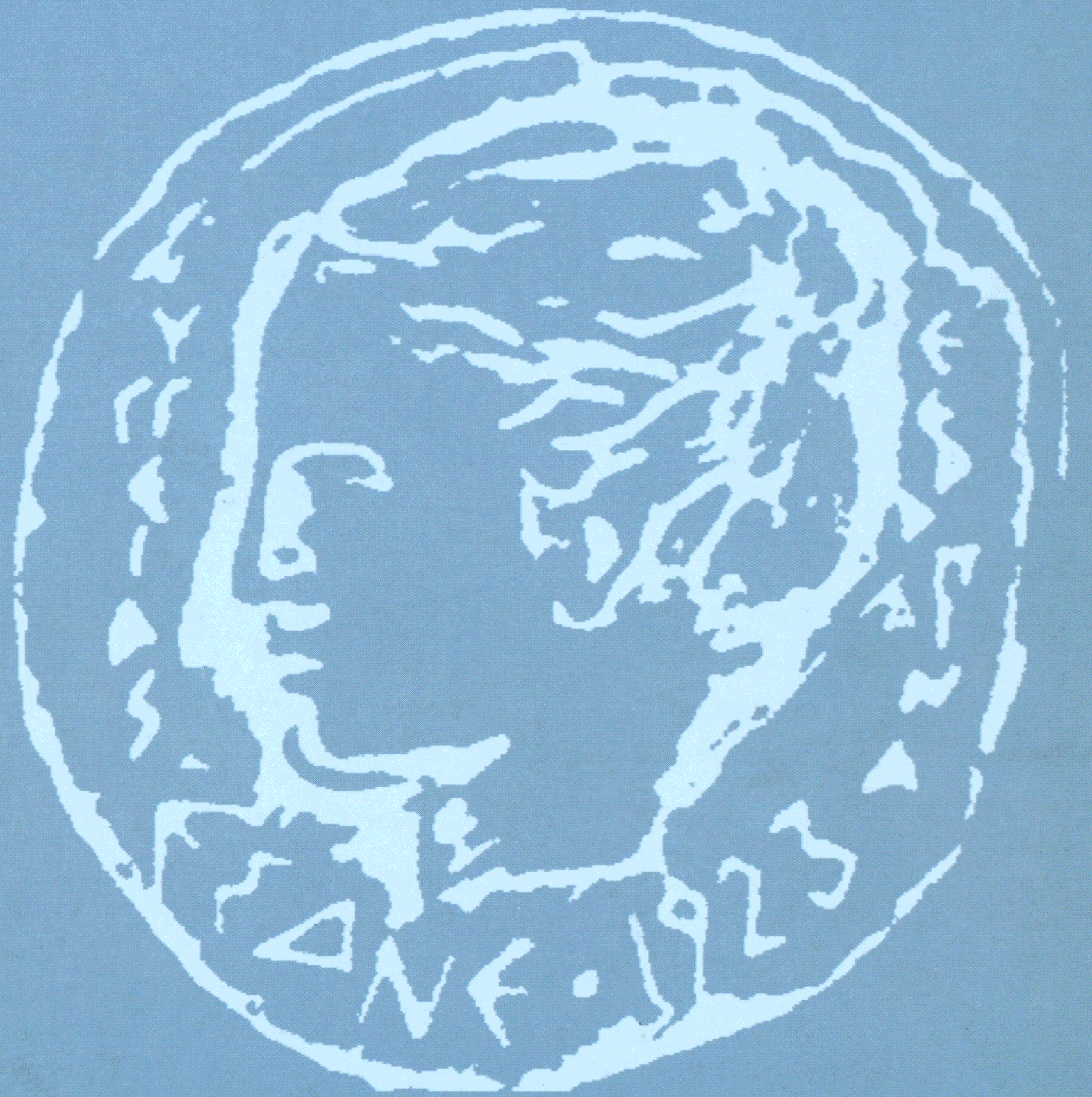


ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ

Τόμος 35 - Τεύχος 2 - Απρίλιος - Ιούνιος 1996



NOSSILEFTIKI

QUARTERLY PUBLICATION OF THE
HELLENIC NATIONAL GRADUATE NURSES ASSOCIATION

Vol 35 - No 2 - April - June 1996





ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

1. Έκθεση Πεπραγμένων του Διοικητικού Συμβουλίου του Εθνικού Σύνδεσμου Διπλωματούχων Νοσηλευτριών-Νοσηλευτών Ελλάδος από 1.1.95 έως 31.12.95 <i>M. Μαλγαρινού</i>	58
2. Η ακράτεια ούρων: ένα σύνθετο πρόβλημα υγείας <i>Χ. Πλατι</i>	69
3. Η σύνδεση της πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας και της αυτοφροντίδας μέσω της προσωπικής διευθέτησης αρρώστου-ατόμου <i>Μετάφραση: Γ. Πιερράκος</i>	81
4. Θερμομέτρηση <i>Λ. Κουρκούτα</i>	88
5. Εργαλεία αξιολόγησης του πόνου: Μπορεί ο πόνος να μετρηθεί; <i>Δήμητρα Β. Ακύρου</i>	91
6. Ο πόνος βίωμα και μάθημα <i>Ελένη Καμπούρα-Νιφλή</i>	101
7. Προβλήματα εργατικού δυναμικού στο νοσηλευτικό/μαιευτικό επάγγελμα στην Ευρωπαϊκή Ένωση. Συγκριτική έκθεση των χωρών μελών της Ευρωπαϊκής Ένωσης (Ε.Ε.) <i>Μετάφραση: Δ. Νικολαΐδης</i>	106
8. Η νοσηλευτική στα επόμενα χρόνια <i>Μετάφραση: Α. Τζανί</i>	119
9. Χαρίκλεια Μπεϊλέρογλου <i>Β. Λανάρα</i>	122
10. Ανακοινώσεις	123
11. Οδηγίες για τους συγγραφείς	124

CONTENTS

1. Annual report of the Executive Board of the Hellenic National Graduate Nurses' Association from 1.1.95 to 31.12.95 <i>M. Malgarinou</i>	58
2. Urinary incontinence: a complex health problem <i>Ch. Plati</i>	69
3. Linking primary health care and self-care through case management <i>Translation: G. Pierakos</i>	81
4. Thermometry <i>L. Kourkouta</i>	88
5. Pain Assessment Tools: Can pain be measured? <i>Demetra D. Akyrrou</i>	91
6. Pain experience and lesson <i>Helen Kampoura</i>	101
7. Manpower problems in the nursing/midwifery profession in the EC. Country - comparative report <i>Translation: D. Nikolaidis</i>	106
8. Nursing in the years to come <i>Translation: A. Tzani</i>	119
9. Chariklia Beileroglou <i>V. Lanara</i>	122
10. Announcements	123
11. Instructions to authors	124

- «ΤΑ ΕΝΥΠΟΓΡΑΦΑ ΚΕΙΜΕΝΑ ΔΕΝ ΕΚΦΡΑΖΟΥΝ ΑΠΑΡΑΙΤΗΤΑ ΚΑΙ ΤΙΣ ΑΠΟΦΕΙΣ 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
Ε. Γουλιιά
Α. Καλοκαιρινού
Μ. Μαλγαρινού
Α. Παπαδαντωνάκη
Ε. Παππάκη
Α. Πορτοκαλάκη
Α. Ραγιά
Ε. Χαραλαμπίδου

ΥΠΕΥΘΥΝΟΣ ΕΚΔΟΣΗΣ

Μαρία Μαλγαρινού
Επίτ. Καθηγήτρια ΤΕΙ Αθηνών
Πύργος Αθηνών - Γ' Κτίριο, 2ος όροφος - 115 27 ΑΘΗΝΑ

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-Σπουδαστριες/ές	2500	δρχ.
Οργανισμοί-Εταιρείες-Βιβλιοθήκες	4500	δρχ.
Εξωτερικού	40	\$
Τιμή τεύχους	750	δρχ.
Τιμή τευχών 1990, 1991	600	δρχ.
» » 1985-1989	500	δρχ.
Παιδιαίτερα τεύχη	400	δρχ.

Η σύνδεση της πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας και της αυτοφροντίδας μέσω της προσωπικής διευθέτησης αρρώστου-ατόμου*

«Linking Primary Health Care and Self-Care Through Case Management»

W.L. Holzemer

Απόδοση στα ελληνικά: **Πιερράκος Γιώργος**,
Νοσηλευτής, Μεταπτυχιακός Φοιτητής Νομικής Σχολής Παν. Αθηνών

W.L. HOLZEMER Η σύνδεση της πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας και της αυτοφροντίδας μέσω της προσωπικής διευθέτησης αρρώστου-ατόμου. Η σύνδεση της πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας και της αυτοφροντίδας μέσω της προσωπικής διευθέτησης αρρώστου-ατόμου (case-management).

Η Προσωπική Διευθέτηση Αρρώστου-Ατόμου (ΠΔΑ) (Case Management) προτείνεται ως μια ισχυρή στρατηγική για την επίτευξη των στόχων του «Υγεία για όλους μέχρι το 2.000». Η πανδημία του ιού του AIDS (HIV), η οποία έχει μεγάλη επίδραση στη φροντίδα υγείας σήμερα, προτείνεται ως ένα μοντέλο το οποίο προσομοιάζει με τα είδη των υπηρεσιών που θα απαιτούνται για τη φροντίδα των ηλικιωμένων καθώς προχωρούμε προς τον 21ο αιώνα. Οι θεωρίες της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας (ΠΦΥ) και της αυτοφροντίδας εκλαμβάνονται ως σημεία αναφοράς των υποθέσεών μας, για να βοηθήσουν να εκτιμήσουμε την επίδραση της νέας τεχνολογίας στην ποιότητα ζωής μας και ως σημεία αναφοράς που θα μας κρατήσουν επικεντρωμένους στο στόχο αποδεκτής, εφικτής και προσιτής φροντίδας υγείας. **Νοσηλευτική 2: 81-87, 1996**

Εισαγωγή

Όσοι ασχολούνται στο χώρο της υγείας αντιλαμβάνονται όλο και περισσότερο, μέσω των στρατηγικών της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας (ΠΦΥ), την ανάγκη κατανόησης των κοινοτήτων τους και την απαιτούμενη γνώση προκειμένου να κινητοποιηθούν οι κοινότητες για την υγεία. Orem - θεωρητικός της νοσηλευτικής - έχει αναπτύξει μια παρόμοια θεωρητική θέση

στην κινητοποίηση ειδικά για την αυτοφροντίδα που συμπληρώνει τη θεωρία ΠΦΥ στο επίπεδο της κοινότητας. Αυτό το άρθρο συνδέει τη θεωρία και τη στρατηγική της ΠΦΥ με την αυτοφροντίδα κατά περίπτωση και σκοπεύει να παρουσιάσει ένα μοντέλο της Προσωπικής Διευθέτησης του Αρρώστου/Ατόμου (ΠΔΑ) (case management) βασισμένο σε παραδείγματα από την πανδημία του HIV/AIDS και την κινητοποίηση του πληθυσμού, προκειμένου να αποτυπωθεί ο

* Το άρθρο δημοσιεύθηκε στο περιοδικό *Int. Nurs. Rev.* 39, 3, 1992.

τρόπος συντονισμού της δράσης που χρειάζονται οι μελλοντικοί υπεύθυνοι αυτού του μοντέλου στον 21ο αιώνα.

Ο στόχος του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας (ΠΟΥ) «Υγεία για όλους το 2000» εμφανίζεται ανέφικτος, εκτός και αν βρεθεί λύση στο πρόβλημα της παγκόσμιας ανθρώπινης ανάπτυξης. Σύμφωνα με την UN's Human development Report 1991 επισημαίνονται τα εξής:

στις αναπτυσσόμενες χώρες:

– Πάνω από 1 δισεκατομμύριο ανθρώπων ζει σε απόλυτη φτώχεια.

– 180 εκατομμύρια παιδιά (κάτω των 5 ετών) υποφέρουν από σοβαρή κακή διατροφή.

– Σε 1,5 δισεκατομμύρια ανθρώπους δεν είναι δυνατόν να προσφερθεί η βασική φροντίδα υγείας.

– Πάνω από 1 δισεκατομμύριο ενήλικες είναι αναλφάβητοι.

Αυτές οι зоφερές στατιστικές δεν παρουσιάζονται μόνο για της αναπτυσσόμενες χώρες:

– Περίπου 100 εκατομμύρια άνθρωποι έχουν βιοτικό επίπεδο κατώτερο της φτώχειας. Το μέγεθος αυτό μπορεί να φθάσει τα 200 εκατομμύρια αν στις χώρες αυτές προστεθούν η πρώην Σοβιετική Ένωση και οι άλλες χώρες της ανατολικής και κεντρικής Ευρώπης.

– Οι γυναικείες αποδοχές εξακολουθούν να είναι στα 2/3 των ανδρικών.

– Το κοινωνικό οικοδόμημα κλονίζεται από τις υψηλές αναλογίες των οικογενειών με ένα γονέα, των αστέγων, των ναρκομανών, των διαζευγμένων και των αυτοκτονούντων.

– Μεγάλο πρόβλημα ανεργίας υπάρχει και έλλειψη ασφάλισης. Στις ΗΠΑ π.χ. 37 εκατομμύρια ανθρώπων, κατά το πλείστον γυναίκες και παιδιά, δεν έχουν ασφάλεια υγείας.

Αυτά τα γεγονότα δείχνουν ότι οι προκλήσεις για την επίτευξη των στόχων του ΠΟΥ Υγεία για όλους το 2000 είναι μεγάλες και ότι χρειάζονται νέες και δημιουργικές στρατηγικές για να επιτευχθεί βελτίωση των στατιστικών αυτών.

Οικονομικοί και πολιτικοί παράγοντες επηρεάζουν την παγκόσμια υγεία. Τέσσερα στοιχεία αποτελούν το σημαντικότερο δίλημμα ανά-

μεσα στους στόχους και την πραγματικότητα της ΠΦΥ. Αυτά τα γεγονότα περιλαμβάνουν τις παγκόσμιες ανομοιότητες που περιγράφηκαν παραπάνω, τη γήρανση του πληθυσμού, την πανδημία του AIDS και την ολοένα αυξανόμενη τεχνολογία της υγείας.

Η ΠΔΑ προτείνεται ως ένα σύστημα παροχής υγείας που εξασφαλίζει ποιότητα και οικονομικά αποτελεσματική φροντίδα συνεπή στις θεωρητικές θέσεις της πρωτοβάθμιας φροντίδας και της αυτοφροντίδας. Η ΠΔΑ μπορεί να βοηθήσει να λυθούν ορισμένες διαμάχες, ανάμεσα σε άτομα και κοινότητες, που παρουσιάζονται απ' αυτά τα στοιχεία.

Γήρας

Σύμφωνα με στοιχεία του 1990 (Thomson) έχει αλλάξει η εξαρτώμενη αναλογία. Στις ΗΠΑ για παράδειγμα το 1980 υπήρχαν περίπου 7 συνταξιούχοι για κάθε 100 εργαζόμενους, το 1985 19, μέχρι το 2020 αναμένεται ν' αυξηθεί ο αριθμός στους 29 και τέλος να φθάσει στους 38 το 2050.

Ωστόσο, όπως υπογραμμίζει ο ίδιος ερευνητής, η ανάλυση αυτή δεν υπολογίζει τη μείωση του παιδικού πληθυσμού με αποτέλεσμα να μην μπορούν να θεωρηθούν αξιόπιστες οι προβλέψεις που λένε κάποια στιγμή, ότι η εργατική δύναμη θα γίνει ανεπαρκής ως προς την υποστήριξη των εργαζομένων.

Τα δεδομένα αυτά μας δείχνουν ότι χρειάζεται να βελτιωθεί η ποιότητα ζωής των εργαζομένων προκειμένου να διατηρήσουν τη λειτουργική τους ικανότητα. Την ίδια ώρα εξαιτίας της μείωσης των πηγών ενέργειας αναμένεται μείωση του αριθμού των παιδιών και των υπηρεσιών μητρότητας.

Σύμφωνα με τους μέχρι τώρα υπολογισμούς το κόστος φροντίδας στις ΗΠΑ το 2040 θα αυξηθεί κατά 6 φορές, λόγω αύξησης του αριθμού των ηλικιωμένων. Αυτό το κόστος αυξάνεται δοθέντος ότι χρησιμοποιούνται διάφορα τεχνολογικά μέσα παράτασης της ζωής.

Η ομάδα των υπερηλικών αυξάνει συνεχώς στις ΗΠΑ και στις άλλες αναπτυγμένες χώρες.

Τα αποτελέσματα αυτής της αύξησης είναι η ανάγκη υπολογισμού και σχεδιασμού για ένα μεγαλύτερο αριθμό ατόμων που θα χρειαστούν κάποια ιδιαίτερη φροντίδα.

Όλες αυτές οι δημογραφικές ανακατατάξεις αλλάζουν τον προσανατολισμό της φροντίδας υγείας και τώρα το βάρος μετατοπίζεται από τα παιδιά στην τρίτη και τέταρτη ηλικία.

HIV/AIDS

Καθώς η επιδημία του AIDS εισέρχεται στη 2η δεκαετία δύο τάσεις επηρεάζουν το σύστημα υγείας των ΗΠΑ. Πρώτα η μολυσματική επίδραση του ιού δείχνει ν' αλλάζει παρά το γεγονός ότι έχει αυξηθεί κατά μέσο όρο ο προσβαλλόμενος πληθυσμός. Έπειτα ο μέσος όρος ζωής των φορέων αυξάνει. Με αυτά τα δεδομένα ολοένα και μεγαλύτερος αριθμός λειτουργών υγείας θα εντάσσεται στον τομέα της φροντίδας των πασχόντων. Έτσι, όσο δεν εμφανίζεται κάποια θεραπεία για το AIDS η ανάγκη για περισσότερη φροντίδα στα πάσχοντα από τον ιό άτομα θα είναι ανάλογη με αυτή που χρειάζεται για τα άτομα της 3ης ηλικίας.

Για να εστιάσουμε όμως καλύτερα στη φροντίδα αυτής της οξείας και χρόνιας νόσου ας εξετάσουμε τα πρόσφατα στοιχεία. Το κέντρο ελέγχου των ασθενειών (CDC) έχει καταγράψει πάνω από 175.000 διαγνώσεις AIDS στις ΗΠΑ: Το 59% εμφανίζονται στις ομοφυλοφυλικές κοινότητες:

Ισπανόφωνοι: το 8% του πληθυσμού και το 16% των διαγνωσθέντων με AIDS.

Αφρικανοαμερικάνοι: το 12% του πληθυσμού και 28% των διαγνωσθέντων με AIDS.

Από τις καταγραμμένες περιπτώσεις γυναικών με AIDS οι αφρικανοαμερικάνες ήταν το 57% ενώ οι Ισπανόφωνες το 25%. Κατά ένα υπολογισμό 80.000 εγκύων γυναικών που έπασχαν το 25-35% είχε μεταδώσει την ασθένεια στα μωρά του. Η μετάδοση της ασθένειας και μέσω των ετεροσεξουαλικών σχέσεων παύει σιγά-σιγά να αποτελεί «προνόμιο» μόνο των αναπτυσσομένων χωρών και αρχίζει να εμφανίζεται και στις αναπτυγμένες χώρες.

Στην πολιτεία της Καλιφόρνιας παρουσιάζεται μια πτώση του ποσοστού των ομοφυλοφίλων που πάσχουν από AIDS από το 82% στο 74%, ενώ είχαμε μια αύξηση του ποσοστού των ναρκομανών που χρησιμοποιούν σύριγγα από το 7% στο 9%, όπως επίσης είχαμε αύξηση του ποσοστού των ατόμων με ετεροσεξουαλικές σχέσεις από το 1,7% στο 2,4%.

Στην Καλιφόρνια το 2010 ο πληθυσμός θ' αποτελείται από διάφορες ομάδες (π.χ. ισπανόφωνοι) που καμιά όμως δε θα ξεπερνάει το 50% του πληθυσμού. Αυτός ο διαχωρισμός του πληθυσμού απαιτεί και έναν ανάλογο διαχωρισμό των λειτουργιών της υγείας.

Αν και περίμενε κανείς να μειωθεί ο αριθμός των θετικών φορέων του AIDS ανάμεσα στους λευκούς ομοφυλόφιλους, αυτός υπολογίζεται ότι θ' αυξηθεί.

Στην ιστορία της Δυτικής ιατρικής η γυναίκα σπάνια μελετάται με την ίδια προσοχή όπως οι άνδρες. Συνήθως οι μελέτες γίνονται σε άνδρες και στη συνέχεια γενικεύονται στις γυναίκες. Η έρευνα για το AIDS την πρώτη δεκαετία βασίστηκε πάνω σ' αυτό το μοντέλο. Μέχρι πρόσφατα γυναίκες με AIDS εξαιρούνταν από τις κλινικές μελέτες. Ο λόγος της μη διάγνωσης, στις γυναίκες μπορεί να οφείλεται σε διάφορους παράγοντες, όπως η λανθασμένη πληροφόρηση ως προς τον κίνδυνο μετάδοσης της ασθένειας στις γυναίκες και τη συμπεριφορά τους. Επειδή ξέρουμε λίγα πράγματα για τις γυναίκες. Για το λόγο αυτό χρειάζεται μια πιο προσεκτική μελέτη, ειδικά για τις έγχρωμες.

Πρόσφατες παρεμβάσεις στο χώρο του AIDS μπορούν να γίνουν χάρη στην ικανότητα για νέες θεραπείες. Μερικοί λένε ότι το AIDS έχει γίνει πλέον μια χρόνια ασθένεια, μια ίσως πρόωρη άποψη αν και η Ζιντοβουντίνη έχει μειώσει την πρόοδο της ασθένειας.

Η κοινοτική φροντίδα πιστεύεται ευρέως ότι είναι το κλειδί για τη μείωση των ασθενών με AIDS που θα καταλαμβάνουν τα νοσοκομεία. Έτσι θα δοθεί καταλληλότερη φροντίδα με το λιγότερο κόστος. Από δω και στο εξής απαιτούνται πλέον εξειδικευμένοι νοσηλευτές που θα αναλάβουν τη φροντίδα αυτών των ανθρώπων

στο σπίτι. Η ποιότητα αυτής της φροντίδας πρέπει να αυξηθεί δεδομένου ότι αυξάνονται οι απαιτήσεις και το κόστος φροντίδας στο σπίτι. Ο αριθμός των ατόμων που πάσχουν από AIDS και χρειάζονται φροντίδα στο σπίτι ολοένα και μεγαλώνει. Οι προκλήσεις για τη φροντίδα των ατόμων με AIDS σήμερα σηματοδοτεί τη φροντίδα που θα χρειασθεί στο μέλλον.

Οι σημερινοί λειτουργοί της υγείας έρχονται σ' επαφή με τα ζητήματα της φροντίδας στο σπίτι και την υψηλή τεχνολογία που συχνά έχει μικρή επίδραση στη θνητότητα και στην ποιότητα ζωής.

Τεχνολογία

Ο ρόλος της τεχνολογίας στη φροντίδα υγείας εξετάζεται στο κεφάλαιο αυτό με την προοπτική της φροντίδας του γήρατος που είναι ανάλογη με τη φροντίδα των ατόμων που πάσχουν από AIDS. Το «medicalization» για τη φροντίδα του γήρατος στην κοινότητα έχει συζητηθεί από τους Binney, Estes και Ingman. Η παροχή φροντίδας για τους υπερήλικες βασίζεται στο medicalization και οι υψηλές τεχνολογικές υπηρεσίες προτιμώνται από τις κοινωνικές και υποστηρικτικές υπηρεσίες. Στις ΗΠΑ προσφέρονται για φροντίδα στο σπίτι νέες, βασισμένες στην τεχνολογία, υπηρεσίες εξαιτίας της ανάγκης να διατηρηθεί ο ανταγωνισμός και τα οικονομικά αποδοτικά σχέδια.

Μια τηλεφωνική επιθεώρηση των διευθυντών των κοινοτικών υπηρεσιών στις ΗΠΑ έδειξε ότι οι φορείς ήταν αδύνατο να ικανοποιήσουν τις πιο συνηθισμένες ζητήσεις για υπηρεσίες (π.χ. κοινωνικές υποστηρικτικές). Η Misener μελέτησε την επίδραση της τεχνολογίας στην ποιότητα της φροντίδας υγείας.

Μελετώντας τη σχέση ανάμεσα στην τεχνολογία και την ποιότητα με βάση ορισμένες παραμέτρους, όπως η νοσηλευτική διεργασία, η έξοδος και η ικανοποίηση των ασθενών έδειξε ότι η ποιότητα φροντίδας δε σχετίζεται πάντοτε με την τεχνολογία.

Η νοσηλευτική διεργασία αναφέρεται στην κατάλληλη και σωστή χρήση της τεχνολογίας. Η

σωστή χρήση της τεχνολογίας συνεχώς αξιολογείται στις ΗΠΑ από τον οργανισμό Agency for Health Care Policy Research.

Η τεχνολογία αξιολογείται για το κόστος και τα κέρδη της βασισμένη πάνω σε εμπειρική έρευνα όπου συμπεριλαμβάνεται η ικανοποίηση των ασθενών και η προτίμησή τους. Η Misener μας υπενθυμίζει ότι η πρόσβαση στη φροντίδα είναι σημαντικός παράγοντας της ποιοτικής φροντίδας. Εάν κάποιος αδυνατεί να χρησιμοποιήσει την τεχνολογία τότε αυτή έχει μικρή αξία. Η πρόσβαση μπορεί να καθορισθεί από τις αντιλήψεις του ασθενούς, τη γεωγραφία καθώς και δημοσιονομικά. Τέλος, η Misener προτείνει η ικανοποίηση και οι προτιμήσεις του ασθενούς να αποτελούν αναπόσπαστο τμήμα της απόφασης για υιοθέτηση της νέας τεχνολογίας στη φροντίδα των ασθενών. Διάφορες μελέτες εν τούτοις δεν ενθαρρύνουν πάντοτε τη χρησιμοποίηση της τεχνολογίας στις φροντίδες.

Το 1983 η Evans υπολόγισε ότι η τεχνολογία είναι υπεύθυνη για την αύξηση του κόστους νοσηλείας από 33% στο 75%. Με την τρέχουσα αύξηση του κόστους της υγείας αναμένεται στις ΗΠΑ να φθάσει το 15% του ακαθόριστου εθνικού προϊόντος μέχρι το έτος 2000 έναντι του 11,2% που ήταν το 1987.

Φιλοσοφική δομή της πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας

Το 1972 η συνέλευση του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας ζήτησε από τις κυβερνήσεις όλου του κόσμου να υιοθετήσουν το στόχο «Υγεία για όλους έως το έτος 2000». Τα συμπεράσματα για την υγεία, όπως διατυπώθηκαν στο συνέδριο αυτό, ήταν:

- 1) Η υγεία είναι βασικό δικαίωμα.
- 2) Η υγεία είναι ατομική και συλλογική ευθύνη.
- 3) Η υγεία είναι ισοδύναμη με την έννοια της ευκαιρίας.
- 4) Η υγεία είναι απαραίτητο στοιχείο της δημοσιονομικής ανάπτυξης.

Καθώς πλησιάζουμε τον 21ο αιώνα θα ήταν χρήσιμο να υπενθυμίσουμε μερικά από τα

απαραίτητα στοιχεία της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας (ΠΦΥ): εκπαίδευση, επαρκής διατροφή, παροχή καθαρού νερού, βρεφική και παιδική φροντίδα, ανοσοποίηση, έλεγχος και προστασία από τις ασθένειες, θεραπείες ασθενειών, πρόσβαση στα απαραίτητα φάρμακα. Ο στόχος είναι να κάνουμε την υγεία προσβάσιμη, αποδεκτή και διαθέσιμη.

Η ΠΦΥ βασίζεται σε μια ισοδύναμη κατανομή των υπηρεσιών υγείας και ένα κατάλληλο δομημένο σύστημα. Κλειδί στην εφαρμογή της ΠΦΥ είναι η συνεργασία ανάμεσα στους κυβερνητικούς και μη φορείς. Για παράδειγμα μπορεί να είναι απαραίτητο για το δίκτυο ύδρευσης και αποχέτευσης να λυθούν από κοινού τα διάφορα προβλήματα υγείας που πιθανόν να προκύψουν στις επιμέρους κοινότητες.

Αν και δόθηκε μεγάλη έμφαση στην ΠΦΥ μέσα από ένα μεγάλο μέρος εργασιών, αυτή εξακολουθεί να μένει σχετικά άγνωστη. Σε πολλές περιπτώσεις είναι δύσκολο να προσδιοριστεί η αποτελεσματικότητα της ΠΦΥ αφού υπάρχει συνδυασμός πολλών περιπτώσεων και διαφορετικών εξόδων υγείας. Πολλές επιστημονικές εργασίες διστάζουν να μετρήσουν την μακροπρόθεσμη αποτελεσματικότητα ειδικών παρεμβάσεων. Παρ' όλα αυτά σε μια μελέτη στη Νιγηρία αξιολογήθηκε σαν αποτελεσματική.

Σκοπός της εργασίας (με την επιχορήγηση οργανισμών όπως το ICN, UNICEF, Εθνικού Συνδέσμου Νοσηλευτών Νιγηρίας) ήταν να αξιολογήσει την επίδραση που ασκούν οι νοσηλευτές στην κοινότητα. Ο στόχος ήταν να βελτιωθεί η υγεία σε παιδιά και γυναίκες.

Ζητήθηκε από 14 νοσηλευτές να προσδιορίσουν το επίπεδο υγείας στις μητέρες και παιδιά πριν και μετά την έρευνα σε δυο χωριά με παρόμοιο πληθυσμό. Οι νοσηλευτές αυτοί έκαναν πολλές επισκέψεις στο ένα από τα δυο χωριά όπου ασχολήθηκαν με διάφορα προβλήματα υγείας που παρουσιάστηκαν. Στο τέλος, σε δείγμα 100 ατόμων που πάρθηκε και από τα δυο χωριά, διαπιστώθηκε ότι πολλά από τα προβλήματα που παρουσιάστηκαν λύθηκαν στο χωριό που επισκέπτονταν οι νοσηλευτές. Παρόμοια πειράματα έγιναν προκειμένου να

μελετηθεί η επίδραση των νοσηλευτών στη γεροντική ηλικία. Το χωριό κατάφερε επίσης να εξασφαλίσει χώρο για ένα κέντρο υγείας.

Όλα αυτά δείχνουν την κινητοποίηση που μπορεί να προκαλέσει η πρωτοβάθμια νοσηλευτική φροντίδα στην κοινότητα.

Αυτοφροντίδα

Η ΠΦΥ μπορεί να είναι αποτελεσματικό εργαλείο στην κινητοποίηση της κοινότητας σε ατομικό επίπεδο, όμως μπορεί να απαιτείται μια άλλη τεχνική. Η γενική ιδέα της αυτοφροντίδας είναι να καταλάβουν τα άτομα πως μπορούν να κινητοποιήσουν τις ατομικές τους πηγές για την υγεία και την ευημερία.

Η Orem το 1985 είχε αναπτύξει τη θεωρία της έλλειψης της αυτοφροντίδας με τρία βασικά στοιχεία: τη θεωρία της αυτοφροντίδας, τη θεωρία της έλλειψης της αυτοφροντίδας και τη θεωρία των νοσηλευτικών συστημάτων, σύμφωνα με την άποψη ότι η αυτοφροντίδα και η φροντίδα των εξαρτημένων οικογενειακών μελών είναι μια συμπεριφορά που μαθαίνεται.

Η θεωρία της αυτοφροντίδας περιλαμβάνει τη σχέση των δραστηριοτήτων της αυτοφροντίδας των μελών των κοινωνικών ομάδων, την ανάπτυξη και τις λειτουργίες τους καθώς και τη συνεχιζόμενη φροντίδα των εξαρτημένων μελών των οικογενειών με σκοπό την ανάπτυξή τους. Στη θεωρία της έλλειψης της αυτοφροντίδας θεωρείται ότι οι άνθρωποι κερδίζουν από τη φροντίδα υγείας επειδή υπόκεινται σε διάφορους περιορισμούς που σχετίζονται με την υγεία, πράγμα που τους καθιστά ανίκανους να συνεχίσουν την αυτοφροντίδα. Πιστεύεται ότι οι άνθρωποι χρειάζεται να συνεχίσουν την ατομική συντήρηση μέσα από την ατομική φροντίδα. Η θεωρία της αυτοφροντίδας εντοπίζει δύο ατομικά επίπεδα, στα οποία οι ασθενείς ποικίλλουν: αυτοφροντίδα και θεραπευτική φροντίδα.

Η Orem διατυπώνει την άποψη ότι ο φορέας της αυτοφροντίδας είναι ο συνδυασμός της ικανότητας για δράση στην εκτέλεση των λειτουργιών της. Η θεραπευτική αξίωσή της έγκειται στο γεγονός της μέτρησης της φροντίδας

που χρειάζεται σε διάφορες καταστάσεις προκειμένου να επιτευχθεί η διατήρηση της ζωής ή της υπάρχουσας υγείας.

Η ευημερία και η εκπαίδευση στην αυτοφροντίδα είναι απαραίτητη για την ανάπτυξη της γνώσης των ικανοτήτων και των καταστάσεων που βοηθούν την αυτοφροντίδα και υγεία.

Τα άτομα αξιολογούν τη δική του κατάσταση υγείας εκτιμώντας αν είναι υγιή ή άρρωστα. Οι λειτουργοί υγείας θα έπρεπε να ενδιαφερθούν για την υγεία σε σχέση με την ολοκλήρωση της ανθρώπινης λειτουργικότητας συμπεριλαμβανομένης και της συνεισφοράς τους σ' αυτό το επίτευγμα. Η υγεία περιλαμβάνει τις ψυχολογικές διαπροσωπικές και κοινωνικές πλευρές της ζωής, ενώ περισσότερη έμφαση δίδεται στα φυσικά θέματα.

Χρησιμοποιώντας τη θεωρία της αυτοφροντίδας στην περίπτωση του διαβήτη δείξαμε ότι η αυτοφροντίδα και παρακολούθηση παρακινεί τα άτομα να αισθανθούν καλύτερα αναφερόμενάς τα από τα συμπτώματα της αύξησης της γλυκόζης. Η συγκεκριμένη θεωρία της αυτοφροντίδας μπορεί ακόμα να χρησιμοποιεί στην περίπτωση της χημειοθεραπείας και ακτινοβολίας.

Αυτά τα σημαντικά παραδείγματα δείχνουν πώς μπορεί η θεωρία της αυτοφροντίδας να χρησιμοποιηθεί σε διάφορα επίπεδα και καταστάσεις υγείας.

Η πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας καθορίζει τους στόχους και αναπτύσσει τις στρατηγικές για την επίτευξη αυτών των στόχων στην κοινότητα και στην κοινωνία γενικότερα.

Η θεωρία της αυτοφροντίδας αφορά το οικογενειακό και ατομικό επίπεδο. Είναι συμπληρωματικές και φιλοσοφικές θέσεις που βοηθούν την κοινωνία να αξιολογήσει τις θετικές και αρνητικές τάσεις στην υγεία, καθώς πορεύομαστε προς τον 21ο αιώνα. Ανεπιφύλακτα στις δυο θεωρίες της ΠΦΥ και της αυτοφροντίδας υπάρχουν στοιχεία που πρέπει να γίνουν αποτελεσματικά, επιτυχημένα, αποδεκτά και διαθέσιμα.

Η ΠΔΑ έχει ως στόχο να συνδέσει τα ανεξάρτητα και αντίθετα στοιχεία που συχνά εμφανίζονται στα συστήματα της φροντίδας υγείας.

Προσωπική Διευθέτηση Αρρώστου/Ατόμου (ΠΔΑ) (case management)

Οι Weil και Karls καθόρισαν την ΠΔΑ ως ένα πακέτο λογικών βημάτων και διαδικασιών αλληλεπίδρασης μαζί με ένα δίκτυο υπηρεσιών που καθορίζει ότι το άτομο έχει τις αναγκαίες υπηρεσίες με ένα υποστηρικτικό αποτελεσματικό και κοστολογικά καθοριστικό τρόπο. Η πιο σημαντική προϋπόθεση αυτού του ορισμού είναι ότι υπάρχει ένα σύστημα υπηρεσιών για το οποίο ο ασθενής μπορεί να έχει ανάγκη διαχείρισης και υποστήριξης.

Η ΠΦΥ υποστηρίζει σύστημα υπηρεσιών που αρχίζει στην κοινότητα και καταλήγει στο σπίτι όπου η επαφή και η ΠΔΑ έχουν θέση.

Οι διαφορετικές υπηρεσίες μπορούν να συντονίζονται από μια κεντρική που θα βασίζεται στην κοινότητα. Υιοθετώντας την ατομική φροντίδα σαν μια αξία για την ΠΔΑ επιχειρούμε να συντονίσουμε και να παρακολουθήσουμε αυτές τις υπηρεσίες, επαυξάνοντας την ικανότητα για ατομική φροντίδα του ατόμου, βασιζόμενοι στις επιθυμίες του.

Το ενδιαφέρον στην ΠΔΑ, στις ΗΠΑ, εμποδίζει την επιστροφή στη νοσοκομειακή περίθαλψη. Αυτό σημαίνει ότι ο ασθενής μπορεί να φύγει πιο γρήγορα απ' το νοσοκομείο. Είναι πλεονέκτημα της φροντίδας υγείας να μην επιστρέψουν στο νοσοκομείο έστω και οι μισοί από τους ασθενείς αλλά να μείνουν στα σπίτια τους. Αυτός άλλωστε είναι και ο στόχος πολλών νοσοκομείων, της αποφυγής δηλαδή της πρόωρης επανεισαγωγής ασθενών σ' αυτά.

Ο όρος case management (ΠΔΑ) πρωτοεμφανίζεται στις αρχές του 1970. Τα αποτελέσματα ερευνών για το σύστημα είναι μεικτά. Διάφορες έρευνες έχουν μελετήσει τα αποτελέσματα αυτά και βασίζονται σε νοσοκομειακές παρατηρήσεις ως προς το χρόνο παραμονής του ασθενούς και της αποτελεσματικότητας του κόστους.

Τα συμπεράσματα γενικεύονται στη μείωση του εύρους διαμονής με φυσική συνέπεια τη μείωση του κόστους θεραπείας.

Ελάχιστα ωστόσο έχουν δημοσιευθεί για την ικανοποίηση των ασθενών. Παρόλο που πρόσφατα εκπονήθηκε μια μελέτη από το Ίδρυμα Robert Wood Johnson για την ΠΔΑ σε σχέση με τα προσβληθέντα από τον ιό HIV άτομα, δεν παρουσιάστηκε πλήρως η αποτελεσματικότητα του συστήματος. Δεν είναι πάντα διευκρινισμένο ποιά προσόντα πρέπει να διαθέτουν κάθε φορά ασθενείς και επαγγελματίες στις διάφορες περιπτώσεις που εφαρμόζεται η ΠΔΑ.

Επιστήμονες νοσηλευτές χρειάζονται για ασθενείς, ενώ άλλες φορές απαιτούνται μόνο κοινωνικοί λειτουργοί. Καμιά έρευνα δεν έχει αποδείξει τη δυναμική του case management σαν μια παρέμβαση που ξεκινάει από την κοινότητα που υιοθετεί στόχους της ποιότητας ζωής, καθώς και την αποτελεσματική κοστολογική φροντίδα.

Το case management (ΠΔΑ) έχει θεωρηθεί αποτελεσματικό στην κινητοποίηση της κοινότητας (π.χ. στην περίπτωση του San Francisco για τη φροντίδα των ασθενών που πάσχουν από την ασθένεια του AIDS). Η ικανότητα της κοινότητας του San Francisco να φροντίσει τους ασθενείς με AIDS οφείλεται στην κινητοποίηση που επιτεύχθηκε στις κοινότητες των ομοφυλοφίλων.

Στην περίπτωση αυτή το case management (ΠΔΑ) έχει δυο στόχους:

1) Σύνδεση ασθενών/ατόμων με τις κατάλληλες υπηρεσίες και

2) Μείωσης της ακατάλληλης και δαπανηρής φροντίδας των ασθενών.

Το συμπέρασμα διαφόρων ερευνών ήταν ότι ο ρόλος της κοινότητας είναι κλειδί στην ανάπτυξη και στην εφαρμογή της ΠΔΑ.

W.L. Holzemer Linking Primary Health Care and Self-Care Through Case Management.

*Case management is proposed as a powerful strategy to reach the goals of «Health for all by the end year 2000». The HIV pandemic which is having such an impact upon health care today, is proposed as a model that simulates the kinds of services that will be required for elder care as we move to the 21st century. Primary health care and self-care theories are hypothesized as anchors to assist us in evaluating the impact of new technology on our quality of life and as anchors to keep us focused on the goal of acceptable, affordable and accessible health care. **Nosileftiki 2: 81-87, 1996***
