

ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ

Τόμος 39 - Τεύχος 3 - Ιούλιος - Σεπτέμβριος 2000



NOSILEFTIKI

QUARTERLY PUBLICATION OF THE
HELLENIC NATIONAL GRADUATE NURSES ASSOCIATION

Vol 39 - No 3 - July - September 2000



ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

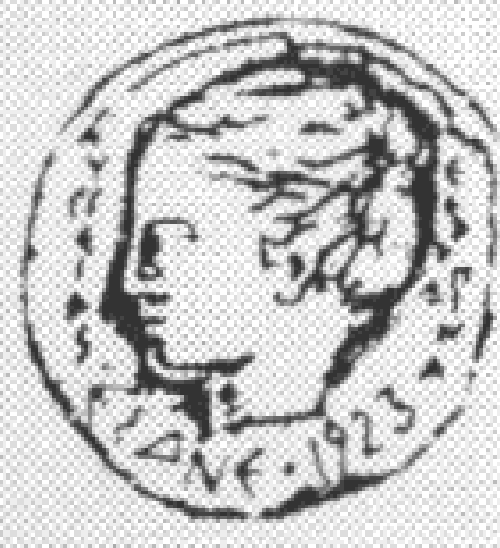
1. Οδηγίες για τους συγγραφείς 212
2. Άρθρο Σύνταξης 215
Α. Παπαδαντωνάκη

ΑΝΑΣΚΟΠΗΣΕΙΣ

1. Καρκίνος του μαστού. Η πρώτη ημέρα μετά τη διάγνωση 217
Γεωργία Σαββοπούλου
2. Νοσηλευτική προσέγγιση στα προβλήματα ασθενών με καρκίνο τελικού σταδίου 225
Μαρία Λαβδανίτη
3. Η εφαρμογή κλινικών μελετών στην ογκολογία και ο ρόλος του νοσηλευτή σε αυτές 229
Θεοχάρης Κωνσταντινίδης
4. Η Στεφανιαία Νόσος στις μεταμηνοπαυσιακές γυναίκες: Ένας κίνδυνος που υποεκτιμάται 258
Παναγιώτης Κιέκκας, Μαρία Κάργα
5. Βασικές αρχές νοσηλευτικής φροντίδας σε παιδιά με μηνιγγίτιδα σύγχρονα δεδομένα και νοσηλευτικές παρεμβάσεις κατά την οξεία φάση της νόσου 273
Μαργαρίτα Γιαννακοπούλου
6. Το μοντέλο της αυτοφροντίδας της Dorothea Orem, η εφαρμογή του σε ένα χειρουργικό τμήμα βραχείας νοσηλείας 284
Δημήτριος Θεοφανίδης, Αντιγόνη Φουντούκη
7. Επαγγελματική εξουθένωση νοσηλευτών. Έννοια, συνιστώσες, συνέπειες 292
Ευαγγελία Αδαλή

ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΕΣ ΕΡΓΑΣΙΕΣ

1. Αποτύπωση της εικόνας των νοσηλευτών των πολυδυνάμων ΜΕΘ 242
Αναστασία Τσιμογιάννη, Γεώργιος Φιλντίσης, Πάυλος Μυριανθεύς, Λίζα Λοΐζου, Γεώργιος Μπαλτόπουλος
2. Προφύλαξη έναντι του ιού της ηπατίτιδας Β από το νοσηλευτικό προσωπικό 265
Ηρώ Μπροκαλάκη, Βασιλική Μάτζιου
- Αναλυτικές Οδηγίες για τους Συγγραφείς 298



CONTENTS

1. Instructions to Authors 212
2. Editorial 215
A. Papadantonaki

REVIEWS

1. Breast Cancer. The first day after the diagnosis 217
Georgia Savopoulou
2. Palliative nursing care of patients with cancer 225
Maria Lavdaniti
3. Clinical cancer' research and the nurse's participation 229
Theocharis Konstantinidis
4. Coronary heart disease in postmenopausal women: an underestimated risk 258
Panayotis Kiekkas, Maria Karga
5. Principles of nursing care in children with meningitis, current data and nursing interventions during the acute phase of the disease 273
M. Giannakopoulou
6. Dorothea Orem's self care model of nursing and its implementation in a sort stay surgical ward 284
Dimitrios Theofanidis, Antigoni Fountouki
7. Nurses burnout concept components consequences 292
Evagelia Adali

RESEARCH PAPERS

1. The profile of the Greek Nurses of the intensive Units 242
Anastasia Tsimogianni, George Fildissis, Pavlos Myriantheys, Liza Loizou, George Baltopoulos
2. Preventive measures taken by nurses against the spread of Hepatitis B virus 265
Iro Mprokalaki, Vasiliki Matziou
- Detailed instructions to Authors 298

ΤΟ ΜΟΝΤΕΛΟ ΤΗΣ ΑΥΤΟΦΡΟΝΤΙΔΑΣ ΤΗΣ DOROTHEA OREM Η ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΤΟΥ ΣΕ ΕΝΑ ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΟ ΤΜΗΜΑ ΒΡΑΧΕΙΑΣ ΝΟΣΗΛΕΙΑΣ

Δημήτριος Θεοφανίδης, Νοσηλευτής MSc
Αντιγόνη Φουντούκη, Νοσηλεύτρια,
ΤΕΙ Θεσσαλονίκης. Τμήμα Νοσηλευτικής

Περίληψη: Ο βασικός σκοπός αυτού του άρθρου είναι να περιγράψει το Νοσηλευτικό Μοντέλο της Orem σε σχέση με πέντε βασικές έννοιες: Άτομο, Κοινωνία, Περιβάλλον, Υγεία και Νοσηλευτική. Ακόμη, θα εξετασθεί και θα συζητηθεί, η σχέση αυτών των εννοιών με τη λειτουργία ενός χειρουργικού τμήματος βραχείας νοσηλείας.

Η κλινική αυτή σχεδιάστηκε σαν μία απάντηση στο πρόβλημα που αντιμετώπιζε το Εθνικό Σύστημα Υγείας της Μ. Βρετανίας, το οποίο ήταν η μεγάλη λίστα αναμονής για εισαγωγή στο νοσοκομείο ώστε να γίνουν διαγνωστικές ή θεραπευτικές μικροεπεμβάσεις.

Ο πρώτος συγγραφέας ο οποίος εργάστηκε σε ένα τέτοιο τμήμα, εντυπωσιάστηκε από την αποτελεσματικότητα και την εύρυθμη λειτουργία του, ενώ παρατήρησε πως το μοντέλο Αυτοφροντίδας της Orem, ήταν η Νοσηλευτική πρακτική που αντανακλούσε καλύτερα τη φιλοσοφία του τμήματος αυτού.

Λέξεις ευρετηριασμού: Orem, Αυτοφροντίδα, Εφαρμογή Νοσηλευτικού Μοντέλου.

Αλληλογραφία: Δημήτριος Θεοφανίδης, Κεραμοπούλου 3, Καλαμαριά Θεσσαλονίκη 55 133.

«DOROTHEA OREM'S SELF CARE MODEL OF NURSING AND IT'S IMPLEMENTATION TO A SHORT STAY SURGICAL WARD»

Dimitrios Theofanidis, Nurse MSc
Antigoni Fountouki, Nurse,
TEI Thessalonikis. Nursing Department

Abstract: The purpose of this article is to describe Orem's model of Nursing, in respect of five basic concepts: Person, Society, Environment, Health and Nursing. Furthermore, the relevance of these concepts to a short - stay surgical ward (SSSH) will be examined and discussed.

The SSSH was designed as an answer to the problem that the NHS was facing: long waiting lists for minor surgery.

The first author who worked at such a clinic was very impressed with it's efficiency and it's smooth operation. He also observed that Orem's Self Care Model was the Nursing Practice that reflected best the philosophy of such a clinic.

Key words: Orem, Self Care, Implementing a Nursing Model.

Corresponding Author: Dimitrios Theofanidis, Keramopoulou 3, Kalamaria Thessaloniki, 55 133.

Εισαγωγή

Η Dorothea Orem γεννήθηκε στη Βαλτιμόρη των Η.Π.Α.. Στις αρχές της δεκαετίας του 1930 τελείωσε τις βασικές της σπουδές στη

νοσηλευτική και το 1945 απέκτησε το Μάστερ της Νοσηλευτικής Εκπαίδευσης.

Η Orem ανέπτυξε ένα πρωτότυπο ορισμό της Νοσηλευτικής ως επιστήμη και τέχνη από το 1949 έως το 1957¹.

Η έννοια της «αυτοφροντίδας» πρωτοδημοσιεύτηκε το 1959 και αναπτύχθηκε περαιτέρω το 1965 από την Επιτροπή Νοσηλευτικών Μοντέλων, του τμήματος Νοσηλευτικής του Καθολικού Πανεπιστημίου των Η.Π.Α., γνωστό σήμερα ως Νοσηλευτική Αναπτυξιακή Ομάδα. Κατόπιν η Orem έκδωσε το δεύτερο βιβλίο της με τίτλο «Νοσηλευτική: Θεωρία και Πράξη» το 1971.

Οι πέντε βασικές έννοιες του μοντέλου αναλύονται διεξοδικά ως εξής:

Άτομο

Το Νοσηλευτικό μοντέλο της Orem αντιμετωπίζει τον άνθρωπο σαν μία αδιάσπαστη ενότητα η οποία λειτουργεί βιολογικά, συμβολικά και κοινωνικά². Ο άνθρωπος ξεχωρίζει από τα άλλα ζώα χάριν στην ικανότητά του να κατανοεί τον εαυτό του και το περιβάλλον, να χρησιμοποιεί τη λογική και να ενεργεί βάσει αυτής, να επικοινωνεί με το λόγο (γραπτό και προφορικό) και τις ιδέες, σε μία προσπάθεια να βελτιώσει τις συνθήκες της ζωής για αυτόν και τους άλλους.

Αυτή η αξιωματική σκέψη είναι βασικό θεμέλιο για την έννοια της αυτοφροντίδας η οποία είναι η διαδικασία κατά την οποία το άτομο αναλαμβάνει την ευθύνη για τη δική του υγεία, πρόληψη και θεραπεία. Με μία φράση, ο έλεγχος βρίσκεται και προέρχεται από το άτομο. Η αυτοφροντίδα είναι απαραίτητη για τον άνθρωπο «ώστε να παραμείνει ζωντανός και να λειτουργεί σύμφωνα με τη φύση³.

Ο άνθρωπος συνεχώς τείνει, μέσα από καθορισμένες πράξεις, να διατηρήσει μία ισορροπία ανάμεσα στην αυτοφροντίδα του και τις απαιτήσεις που τίθενται στις ικανότητές του για αυτοφροντίδα. Αυτό συμβαίνει τόσο στην ύπαρξη νόσου αλλά και στην κατάσταση πλήρους υγείας⁴.

Η Orem περιγράφει τρεις κατηγορίες αναγκών υγείας οι οποίες είναι :

- I. Ανάγκες αυτοφροντίδας λόγω απόκλισης υγείας.**
- II. Αναπτυξιακές ανάγκες αυτοφροντίδας.**
- III. Παγκόσμιες ανάγκες αυτοφροντίδας.**

Η τελευταία κατηγορία αναλύεται ως εξής :

- Ικανοποιητική λήψη αέρα.
- Ικανοποιητική λήψη νερού.
- Ικανοποιητική λήψη φαγητού.
- Ικανοποιητικές λειτουργίες απέκκρισης.
- Ισορροπία μεταξύ δραστηριότητας και ξεκούρασης.
- Ισορροπία μεταξύ κοινωνικότητας και μοναξιάς.
- Πρόληψη του κινδύνου για το άτομο.
- Το να είναι το άτομο, «φυσιολογικό».

Ο άνθρωπος μπορεί ακόμη να αναπτύξει ιδιαίτερες ανάγκες λόγω αναπτυξιακών αλλαγών, όπως για παράδειγμα η κύηση. Η Orem ονόμασε αυτές τις αλλαγές, «αναπτυξιακές ανάγκες αυτοφροντίδας». Ένα υγιές άτομο μπορεί να αντεπεξέλθει των αναγκών αυτών, αλλά αν το άτομο τραυματιστεί ή αρρωστήσει, επιπρόσθετες ανάγκες, γνωστές ως «ανάγκες αυτοφροντίδας λόγω απόκλισης υγείας» επέρχονται. Αν το άτομο μπορέσει να αντεπεξέλθει έναντι των επιπρόσθετων αναγκών, τότε η ισορροπία αποκαθίσταται. Αν όχι, τότε υπάρχει ανάγκη Νοσηλευτικής Παρέμβασης⁴.

Κοινωνία

Η Orem υποστηρίζει ότι η κοινωνία μας απαιτεί και προϋποθέτει ότι τα μέλη της είναι αυτόνομα και υπεύθυνα για την υγεία τους. Αυτή την άποψη ενστερνίζεται ο Miller⁵, ο οποίος αναφέρει ότι η αυτοφροντίδα και η προσωπική ευθύνη για την υγεία ήταν έννοιες γενικά αποδεκτές έως το 1948, και όταν συγκροτήθηκε το Εθνικό Σύστημα Υγείας άλλαξε η νοοτροπία του ατόμου που πια προσδοκούσε από το κοινωνικό σύστημα να του παρέχει και να καλύψει τις ανάγκες υγείας του.

Πρόσφατα όμως, οι κοινωνικές απόψεις έχουν πάρει στροφή πλήρους κύκλου, δηλαδή από τα τέλη της δεκαετίας του 1980, τα άτομα απαιτούν αυξημένο έλεγχο για την ίδια την υγεία τους.

Παρ' όλα αυτά, οι Νοσηλευτές θα πρέπει να προσέξουν τις ιδιαίτερες διαφορές κοινωνικο-οικονομικών ομάδων, διότι η αυτοφροντίδα μπορεί να μη συμπίπτει με τις προσδοκίες τους.

Η Orem πιστεύει ότι οι νοσηλευτές και οι νοσηλεύτριες πρέπει να προσπαθούν να κατανοήσουν τις τρέχουσες συμπεριφορές όσον αφορά την καταγωγή, το χρώμα του δέρματος, τη θρησκεία, το φύλο, το βαθμό επιρροής και την κοινωνική υπόσταση διαφόρων ομάδων.

Η Νοσηλευτική από την άλλη μεριά έχει κατηγορηθεί ότι έχει παίξει ένα ρόλο στο να στερήσει τον ασθενή από την αυτοκυριαρχία του, όπου οι Νοσηλευτές και Νοσηλεύτριες υποθέτουν πως έχουν μία *de facto* εξουσία για τις αποφάσεις και τις πράξεις που σχετίζονται με την υγεία, παρά να επιτρέπουν στο άτομο να ασκεί επιρροή και έλεγχο για την ίδια του την υγεία⁶.

Όμως, ένας ασθενής ο οποίος δεν είναι παθητικός και ζητά το δικαίωμα της αυτονομίας του, συχνά αντιμετωπίζεται ως «δύσκολος». Στον αντίποδα, ο King⁷ υποστηρίζει πως η κατάσταση όπου ο ασθενής στηρίζεται υπερβολικά στο ιατρονοσηλευτικό προσωπικό είναι επιβλαβής μια και δρα παράλληλα των σωματικών και ψυχικών ασθενειών.

Αντιθέτως ο Cambell⁶ προειδοποιεί για τους κινδύνους που ελλοχεύει η υπερβολική αυτονομία στα πρώιμα στάδια της νοσηλείας, σημειώνοντας πως το νοσηλευτικό προσωπικό δε θα πρέπει να «πιέσει» τον ασθενή να δεχτεί και να ασκήσει εξουσίες τις οποίες ο ίδιος δε θέλει ή δε δύναται να αναλάβει.

Οι κοινωνικές αντιλήψεις θεωρούνται περιοριστικές σύμφωνα με το Μοντέλο της Αυτοφροντίδας. Ο Behi⁸ υποστηρίζει πως η αξία της Αυτοφροντίδας είναι μεγαλύτερη στις δυτικές κοινωνίες στις οποίες «ευδοκιμούν» τα ατομικά δικαιώματα, η υπευθυνότητα και η έννοια της αυτονομίας, όπως για παράδειγμα στις Η.Π.Α.. Όμως μία άλλη κοινωνία της Δύσης, η Μεγάλη Βρετανία, είναι περισσότερο προσανατολισμένη στις κρατικές παροχές παρόλο που διακατέχεται από τις ίδιες αξίες. Υπάρχουν όμως ενδείξεις πως ακόμη και οι αξίες αυτές μεταβάλλονται δραματικά εξαιτίας κοινωνικών πιέσεων.

Οι κοινωνικές παροχές στη Μ. Βρετανία δε θεωρούνται πια ως δεδομένες ή ως γενική παροχή δωρεάν υπηρεσιών, διότι η κοινωνία «νοι-

ώθει» πια τις περικοπές στην υγεία, λόγω του σφικτού προϋπολογισμού και την εισαγωγή καινοτομιών όπως η χρέωση για τις ως τώρα δωρεάν υπηρεσίες, όπως η οδοντιατρική περίθαλψη και οι συνταγές φαρμάκων.

Η McKenna⁹ παροτρύνει τους νοσηλευτές να υπολογίζουν τις πολιτικές και κοινωνικές επιπτώσεις προτού διαλέξουν ένα νοσηλευτικό μοντέλο, προτείνοντας ότι το Μοντέλο της «Αυτοφροντίδας» ταιριάζει καλύτερα στον ιδιωτικό τομέα λόγω της έμφασης που δίνει στην επιστροφή του ατόμου στην ανεξαρτησία του το ταχύτερο δυνατό.

Έχει επίσης προταθεί ότι το μοντέλο της Orem προτιμάται από αρκετούς κυβερνητικούς αξιωματούχους οι οποίοι θεωρούν ότι το μοντέλο προϋποθέτει την ύπαρξη λιγότερων νοσηλευτών για να λειτουργήσει και επομένως είναι πιο οικονομικό. Η ίδια η Orem είχε δηλώσει ότι οι διοικητικοί πολλές φορές προσπαθούν να μειώσουν το κόστος της υγείας με το να προσλαμβάνουν βοηθητικό προσωπικό παρά νοσηλευτές. Όμως, το μοντέλο της Αυτοεξυπηρέτησης προϋποθέτει μία διαφορετική κατανομή των πόρων παρά μείωσή τους¹⁰.

Περιβάλλον

Η Orem δεν διευκρινίζει με λεπτομέρεια την έννοια αυτή. Ο Fitzpatrick¹¹ υποθέτει πως αυτό είναι μία ένδειξη πως το περιβάλλον σαν μία ξεχωριστή έννοια έχει σχετικά λίγη σημασία για το μοντέλο αυτό. Γίνεται όμως αναφορά σε περιβαλλοντολογικές συνθήκες και αναπτυξιακό περιβάλλον. Οι περιβαλλοντολογικές συνθήκες μπορεί να είναι ψυχο-κοινωνικές ή φυσικές, συμβάλλουν δε στην ανάπτυξη και αναφέρονται στον περίγυρο του ατόμου³.

Το αναπτυξιακό περιβάλλον είναι αυτό το οποίο ο φροντιστής υγείας παρέχει ή διαχειρίζεται με σκοπό να παρακινήσει τον ασθενή να θέσει στόχους και να επιφέρει αποτελέσματα. Αυτό το περιβάλλον σύμφωνα με την Orem, προάγει την προσωπική ανάπτυξη σε σχέση με τη δυνατότητα να αντιμετωπίζει το άτομο τωρινές και μελλοντικές ανάγκες.

Η Luker¹² ασκεί κριτική στο μοντέλο της Αυτοφροντίδας, υποστηρίζοντας πως δεν αντανακλά όλες τις πολιτιστικές και περιβαλλοντολογικές πλευρές οι οποίες μπορεί να επηρεάσουν την ανάπτυξη του ατόμου και επίσης δεν πραγματεύεται συνολικά με τους κοινωνικούς παράγοντες που επηρεάζουν την κοινωνία συνολικά.

Θα μπορούσε να ειπωθεί ότι η Orem είχε μία ρεαλιστική άποψη για το όρια που σχετίζονται με τη ρύθμιση του περιβάλλοντος για το άτομο ή την κοινότητα. Παρόλα αυτά η Orem αναγνωρίζει την ύπαρξη των περιβαλλοντολογικών στοιχείων τα οποία αποτελούν εμπόδια για την Αυτοφροντίδα και σε αυτή την περίπτωση προτείνει ότι «οι νοσηλευτές πρέπει να ψάξουν για στοιχεία που μπορούν και θα πρέπει να ρυθμίζονται και όχι να προσκολλούνται σε στοιχεία που είναι επιζήμια αλλά δεν μπορούν να ρυθμιστούν προς το παρόν ή το άμεσο μέλλον.

Για παράδειγμα οι νοσηλευτές μπορεί να έχουν περισσότερη αποτελεσματικότητα στο περιβάλλον του ασθενή με το να ασκήσουν πίεση στη διοίκηση για τη δημιουργία κουζίνας για τους ασθενείς του θαλάμου ώστε να επαναποκτήσουν σχετικές δεξιότητες μετά από σοβαρή νόσο, παρά να προσπαθούν να αποκαταστήσουν τις συνέπειες του χαμηλού βιοτικού επιπέδου.

Οι Aggleton και Chalmers¹³ προτείνουν ότι οι νοσηλευτές θα είναι περισσότερο αποτελεσματικοί όταν πιέζουν για αύξηση των πόρων για αυτού του είδους την αλλαγή «εάν μπορεί να δικαιωθεί σε σχέση με την έμφαση στην Αυτοφροντίδα που δίνει αυτό το νοσηλευτικό μοντέλο.

Υγεία

Η Orem προσδιορίζει την έννοια της υγείας εστιάζοντας στην κεντρική ιδέα της Αυτοφροντίδας, δηλαδή θεωρεί την υγεία ως προσωπική ευθύνη. Συγκεκριμένα αναφέρει «Η Υγεία είναι ευθύνη της κοινωνίας και του ατόμου ξεχωριστά και όχι κάποιου μέρους της κοινωνίας».

Το μοντέλο ξεχωρίζει τις έννοιες Υγεία και Ευεξία. Παρόλο που οι έννοιες είναι συγγενι-

κές, οι δύο αυτές καταστάσεις είναι πολύ διαφορετικές. Η υγεία ορίζεται ως ακεραιότητα και ολοκλήρωση του ανεπτυγμένου ατόμου και των ψυχοσωματικών λειτουργιών του. Η έμφαση όμως δεν δίνεται αποκλειστικά στις βιολογικές ή ψυχικές λειτουργίες αλλά και στις διαπροσωπικές και κοινωνικές πλευρές της ζωής, οι οποίες είναι αναπόσπαστα στοιχεία της υγείας του ατόμου.

Ο όρος ευεξία εστιάζεται περισσότερο στην άποψη του ίδιου του ατόμου για την κατάσταση της υγείας του και αποτελείται από στοιχεία όπως η πνευματική εκπλήρωση, η ευτυχία, η ευχαρίστηση, η φιλοδοξία και η χαρά της επίτευξης των στόχων.

Επομένως, η κατάσταση της ευεξίας μπορεί να υπάρχει κάτω από αντίξοες συνθήκες ή ακόμα και αν υπάρχει σοβαρή δυσχέρεια στη βιοψυχική δομή ή την λειτουργικότητα του ατόμου.

Αντιθέτως η Orem δεν επιχειρεί ακριβή ορισμό της «ασθένειας», εκτός από τη σχέση της έννοιας αυτής με την Αυτοφροντίδα, «όπου δεν διατηρείται η Αυτοφροντίδα, τότε θα επέλθει η ασθένεια ή ο θάνατος»². Επομένως μπορεί να στηριχτεί ότι το μοντέλο ασχολείται με την υγεία παρά με την ασθένεια του ατόμου.

Η Fawcett³ υποστηρίζει πως η Orem αντιλαμβάνεται την «υγεία» ως έννοια πάνω σε ένα συνεχές από την εξαιρετική στην κακή υγεία και την «ασθένεια» ως μία ξεχωριστή έννοια η οποία είναι παρούσα ή απύσα. Αντίθετα ο Fitzpatrick¹¹ βλέπει στα άκρα του συνεχούς την «υγεία» και την «ασθένεια» και τις ανάγκες της Αυτοφροντίδας στον αντίποδα της παρέκκλισης από την Αυτοφροντίδα.

Η εκπαίδευση και η προαγωγή της υγείας θεωρούνται ζωτικά συστατικά του μοντέλου σύμφωνα με τους Aggleton και Chalmers¹⁴. Δίνεται έμφαση στον υγιεινό τρόπο ζωής και στην ικανότητα του ατόμου να αλλάζει συνήθειες ζωής. Η Orem επικεντρώνεται στην ανάγκη για εκπαίδευση στις τεχνικές της Αυτοφροντίδας ώστε να αναπτύξει το άτομο τις ικανότητες και τις γνώσεις για να διατηρήσει το επίπεδο της υγείας του.

Νοσηλευτική

Η νοσηλευτική θεωρείται μία ανθρωπιστική υπηρεσία η οποία βασίζεται στην αξία που τοποθετεί η κοινωνία στις δραστηριότητες της Αυτοφροντίδας και της φροντίδας για τους άλλους. Η εισαγωγή της εκπαίδευσης των νοσηλευτών που βασίζεται σε επιστημονικές μεθόδους καθώς και η συνεχής παρουσία και χρησιμότητα των νοσηλευτών στην κοινότητα, δείχνει πως είναι μία σπουδαία και απαραίτητη υπηρεσία.

Η νοσηλευτική είναι τέχνη και επιστήμη και είναι ξεχωριστή από την ιατρική μια και εμπεριέχει στοιχεία, στόχους και πρακτικές του ιατρού αλλά και του ασθενή. Σύμφωνα με την Orem² «η εστίαση της νοσηλευτικής θα ήταν άτοπη εάν δεν συνυπολόγιζε τον τρόπο με τον οποίο ο ασθενής νιώθει και αντιμετωπίζει την ασθένειά του. Η εστίαση στον ασθενή-άνθρωπο είναι αυτό που ξεχωρίζει τη Νοσηλευτική από τις άλλες υπηρεσίες Υγείας».

Ο σκοπός της Νοσηλευτικής είναι να διευκολύνει και να αυξήσει τις ικανότητες Αυτοφροντίδας του ατόμου και αυτό είναι αναγκαίο όταν παρουσιάζονται ελλείψεις και προβλήματα Αυτοφροντίδας¹⁵. Οι γονείς, οι συγγενείς και οι φίλοι όταν φροντίζουν κάποιον, αποτελούν τους βοηθούς Αυτοφροντίδας και παρέχουν εξαρτώμενη φροντίδα. Η Νοσηλευτική όμως, όταν ασκείται από εκπαιδευμένο προσωπικό αποτελεί την λεγόμενη «Νοσηλευτική Παρέμβαση» και σε αυτό το πλαίσιο όλες οι απαραίτητες ενέργειες βασίζονται στις θεραπευτικές ανάγκες Αυτοφροντίδας του ατόμου.

Οι ανάγκες για Νοσηλευτική Παρέμβαση συνεχώς εκτιμώνται και τελικά η παρέμβαση αυτή λήγει όταν το άτομο φθάσει στο ανεξάρτητο σημείο Αυτοφροντίδας. Η βασική λοιπόν διαφορά της νοσηλείας από συγγενείς και φίλους και από νοσηλευτές σύμφωνα με το μοντέλο αυτό είναι ότι οι μεν συγγενείς και φίλοι παρέχουν γενικά **μη επιστημονική, συνεχόμενη και εξαρτημένη φροντίδα**, ενώ οι νοσηλευτές παρέχουν **επιστημονική, ελεγχόμενη, θεραπεία ανεξάρτησης** ώστε να μπορέσει το άτομο να φθάσει στο σημείο να φροντίζει τον εαυτό του χωρίς τη βοήθεια άλλων.

Η Orem διακρίνει τρία Νοσηλευτικά συστήματα ως εξής:

1. Ολική Αντισταθμιστική Φροντίδα.

Ο νοσηλευτής είναι υπεύθυνος για την παροχή όλων των νοσηλευτικών αναγκών Αυτοφροντίδας στον ασθενή.

2. Μερικώς Αντισταθμιστική Φροντίδα.

Ο νοσηλευτής παρέχει θεραπευτική φροντίδα αλλά βοηθά τον ασθενή ώστε να πετύχει μερική Αυτοφροντίδα. Επιπροσθέτως, ο βοηθός Αυτοφροντίδας (συγγενείς, φίλοι) μπορεί να παρέχει εξαρτημένη φροντίδα.

3. Εκπαιδευτική, Υποστηρικτική Φροντίδα.

Ο ασθενής έχει την ικανότητα να φροντίζει τον εαυτό του. Ο νοσηλευτής παρέχει γνώσεις, διδασκαλία και υποστήριξη στον ασθενή και στους συγγενείς και φίλους ώστε να επιτύχει τελικά πλήρη ανεξαρτησία¹⁶.

Τα τρία αυτά συστήματα μπορούν να χρησιμοποιηθούν ατομικά ή σε συνδυασμό και πέντε μέθοδοι οι οποίες μπορούν να βοηθήσουν στη λήψη απόφασης για ποιο σύστημα θα χρησιμοποιηθεί είναι οι εξής:

1. Πράττοντας για τον ασθενή.
2. Διδάσκοντας τον ασθενή.
3. Καθοδηγώντας τον ασθενή.
4. Υποστηρίζοντας τον ασθενή.

5. Παρέχοντας ένα περιβάλλον μέσα στο οποίο ο ασθενής μπορεί να λειτουργήσει και να αναπτυχθεί¹⁰.

Η εφαρμογή των εννοιών της αυτοφροντίδας σε ένα χειρουργικό τμήμα βραχείας νοσηλείας

Το χειρουργικό τμήμα βραχείας Νοσηλείας (short stay surgical ward), αποτέλεσε μία καινοτομία για το Βρετανικό Εθνικό Σύστημα Υγείας (NHS).

Βασική φιλοσοφία αυτού του τμήματος ήταν το τρίπτυχο: Αποτελεσματικότητα, Ικανοποίηση ασθενούς, Μείωση του κόστους.

Πιο συγκεκριμένα, στο τμήμα στο οποίο

εργάστηκε ο πρώτος συγγραφέας αυτού του άρθρου, λειτουργούσε αποκλειστικά από Δευτέρα έως και Παρασκευή και αντιμετώπιζε προεπιλεγμένα Χειρουργικά (χολοκυστεκτομές, σκοληκοειδεκτομές, κήλες) και διαγνωστικά (ενδοσκοπήσεις, λαπαροσκοπήσεις) περιστατικά, τα οποία συνήθως απαιτούσαν δύο - τρεις ημέρες νοσηλείας.

Με τον σωστό προγραμματισμό, το τμήμα εξυπηρετούσε μεγάλο αριθμό τέτοιων περιστατικών και το απόγευμα της Παρασκευής (οπότε και έκλεινε για το Σαββατοκύριακο) είχε διευθετήσει τα περιστατικά της. Εάν παρ' ελπίδα είχε ασθενή ο οποίος έπρεπε να παραμείνει λόγω επιπλοκής ή κακού προγραμματισμού και πέραν της Παρασκευής, τότε αυτός μεταφερόταν σε κάποια χειρουργική κλινική του νοσοκομείου.

Η επιτυχημένη λειτουργία της κλινικής επιβεβαίωσε το αρχικό τρίπτυχο - στόχο.

Ο ενδονοσοκομειακός χρόνος περίθαλψης για τα συγκεκριμένα περιστατικά μειώθηκε σε σχέση με τη νοσηλεία των αντίστοιχων περιστατικών σε χειρουργικές κλινικές, ενώ η μείωση του κόστους ήταν φανερή. Οι ασθενείς εκδήλωσαν ικανοποίηση (μείωση του χρόνου αναμονής της χειρουργικής λίστας για αντιμετώπιση μικρών και μεσαίων επεμβάσεων), ενώ παράλληλα ενθαρρύνθηκαν να αναλάβουν την πορεία της αποϊδρυματοποίησής τους.

Ο αριθμός των ερευνητικών εργασιών που παρέχουν οδηγίες για την επιλογή του πιο κατάλληλου νοσηλευτικού μοντέλου για ένα συγκεκριμένο τμήμα είναι πολύ περιορισμένος^{4,9}. Όσον αφορά τα τμήματα βραχείας νοσηλείας, η επιλογή κατάλληλου μοντέλου είναι ακόμη πιο δύσκολη λόγω ακριβώς της ταχείας εναλλαγής ασθενών⁸.

Παρόλα αυτά, ο Sunderland¹⁷ υποστήριξε πως το μοντέλο της Orem μπορεί να χρησιμοποιηθεί με επιτυχία στα τμήματα βραχείας νοσηλείας μια και «η ευκαιρία για παροχή νοσηλείας υψηλού επιπέδου δε θα πρέπει να στηρίζεται στη χρονική διάρκεια της νοσηλείας».

Είναι επίσης σημαντικό να σημειώσουμε πως οι ασθενείς που εισάγονται σε κλινικές βρα-

χείας νοσηλείας έχουν ήδη επιλεγεί με βάση ορισμένα κριτήρια καταλληλότητας όσον αφορά τη σοβαρότητα της ασθένειας και τη γενική κατάσταση του ασθενή και συνήθως μπορούν να ανταποκριθούν σε όλες τις προσωπικές ανάγκες Αυτοφροντίδας τους. Κάτι τέτοιο ταιριάζει με τις απόψεις της Orem για το ανεξάρτητο άτομο που παίρνει αποφάσεις σχετικά με τη Θεραπεία του, την Υγεία του και την Ευεξία του¹⁸.

Ο King⁷ παρατηρεί ότι τα νοσοκομεία πολλές φορές εισάγουν στον τρόπο σκέψης του ασθενή μία αίσθηση αβοήθητου και τετελεσμένου και παρόλα αυτά πιστεύουν πως ο ασθενής θα είναι πλήρως έτοιμος για Αυτοφροντίδα κατά την έξοδό του από το νοσοκομείο. Αν όμως ο ασθενής παρακινείται από το προσωπικό να φροντίζει για τον εαυτό του, στο μέρος του εφικτού πάντοτε, κατά τη διάρκεια της νοσοκομειακής νοσηλείας του, τότε θα αποκτήσει μία αίσθηση αυτοελέγχου και με τη βοήθεια των νοσηλευτών η επιστροφή του στο σπίτι θα είναι λιγότερο τραυματική. Ο ρόλος του νοσηλευτή εδώ θα μπορούσε να χαρακτηριστεί ως «Μερικώς Αντισταθμιστική Φροντίδα»

Οι επεμβάσεις σε ένα χειρουργικό τμήμα βραχείας νοσηλείας μπορεί να θεωρούνται σχετικά μικρές αλλά αυτό δε σημαίνει πως και ο ασθενής βιώνει λιγότερο άγχος από την παραμονή του στο νοσοκομείο¹⁹. Επίσης, διάφορες ερευνητικές μελέτες έχουν δείξει ότι το άγχος και η περιορισμένη πληροφόρηση είναι σοβαρά εμπόδια για μία αποτελεσματική επικοινωνία και επομένως ο ασθενής θα έχει περισσότερες μετεγχειρητικές επιπλοκές^{20,21}.

Ο σκοπός του τμήματος αυτού είναι να επιστρέψει ο ασθενής στο οικείο περιβάλλον του όσο το δυνατό γρηγορότερα. Το βάρος της νοσηλευτικής σε αυτή την περίπτωση είναι να αναπτύξει την αποτελεσματική επικοινωνία και την ικανότητα του ατόμου για Αυτοφροντίδα μέσω της εκπαίδευσης, της πληροφόρησης και της διαρκούς υποστήριξης. Άρα, αυτός ο ρόλος είναι εναρμονισμένος με το «Εκπαιδευτικό - Υποστη-

ρικτικό» σύστημα όπως το περιέγραψε η Orem. Εξάλλου ο ασθενής πρέπει να αποκτήσει νέα γνώση και δεξιότητες νωρίς κατά τη μετεγχειρητική περίοδο ώστε να μπορέσει να αντεπεξέλθει ικανοποιητικά στο σπίτι.

Όταν ο ασθενής φύγει από το νοσοκομείο μετά από χειρουργική επέμβαση, μπορεί να χρειάζεται βοήθεια σε μερικές καθημερινές ασχολίες, όπως π.χ. το ντύσιμο²². Οι συγγενείς και φίλοι είναι μέρος του σχεδίου για την έξοδο του ασθενή από το νοσοκομείο ώστε να βοηθήσουν την κατάσταση στο σπίτι. Σε αυτήν την περίπτωση οι συγγενείς και φίλοι αποτελούν τους «βοηθούς Αυτοφροντίδας» σύμφωνα με το μοντέλο της Orem. Τέλος, επειδή οι ασθενείς αυτοί μένουν στην κλινική για λίγες μόνο μέρες, δεν υπάρχει η ευκαιρία για τους νοσηλευτές να ρυθμίσουν το περιβάλλον του ασθενή σύμφωνα με τις ιδιαίτερες ανάγκες του. Όμως, τα προσεκτικά κριτήρια επιλογής συμβάλλουν στο να διαλεχτούν ασθενείς που δεν θα έχουν ιδιαίτερα προβλήματα όταν γυρίσουν σπίτι τους.

Συμπεράσματα

Το μοντέλο Αυτοφροντίδας της Orem έχει μελετηθεί πολύ και το ασπάζονται πολλοί νοσηλευτές στις Η.Π.Α., τον Καναδά, την Αυστραλία, Δανία και Σουηδία³. Παρόλα αυτά χρειάζονται περισσότερες ερευνητικές κυρίως εργασίες για να αποδειχθεί πλήρως η θετική επίδραση του μοντέλου στην Υγεία και Ευεξία του ατόμου.

Σε γενικές γραμμές όμως οι βασικές έννοιες του μοντέλου της Orem φαίνεται να ταιριάζουν με τις επικρατέστερες αντιλήψεις της κοινωνίας μας σχετικά με την Υγεία. Επιπροσθέτως, όπως αυξάνονται οι απαιτήσεις για καλύτερες και περισσότερες παροχές υγείας, ο κρίκος ανάμεσα στις υπηρεσίες βραχείας νοσηλείας και Αυτοφροντίδας γίνεται δυνατότερος.

Αν αυτές οι δύο καινοτομίες χρησιμοποιηθούν συστηματικά, τότε θα μπορέσουν να παίξουν ένα αποφασιστικό ρόλο στην μείωση των δαπανών για την Υγεία και παράλληλα να ικανοποιήσουν τις ανάγκες Υγείας της κοινωνίας μας.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

1. EBEN, J.D., NATION, M., J., MARRINER, and NORDMEYPR, (1986), Self - care deficit theory of nursing, in Marriner, A., Nursing theorists and their work., USA C.V. Mosby Company.
2. OREM D., (1985), Nursing concepts of practice, third ed., USA: Mc Graw - Hill Book Company.
3. FAWCETT J., (1989), Conceptual models of nursing, second ed., USA : F.A. Davies Co.
4. AGGLETON F., and CHAIMERS H., (1986), Nursing Models and the nursing process, paperback ed., London : Macmillan Education Ltd.
5. MILLER J., (1989), DIY healthcare, Nursing Standard, Vol.3, No.43, July 22, pp 35-37.
6. CAMPBELL C. (1984), Orem's story, Nursing Mirror, Vol. 159, No 13 pp.28-30.
7. KING J., (1984), Your health in your hands. Nursing Times, Vol. 80, October 31, pp. 51-52.
8. BEHI R., (1986), Look after yourself, Nursing Times,, Vol. 82, September 10, pp. 35-37.
9. McKENNA H., (1990), Which model?, Nursing Times, Vol. 86, No. 25, June 20, pp. 50-52.
10. PEARSON A., and VAUGHAN B., (1986), Nursing models for practice, paperback ed, Oxford: Heinemann Nursing.
11. FITZPATRICK J.J. and WHALL A.L., (1983), Conceptual models of nursing: analysis and application. USA : Prentice - Hall Publishing.
12. LUKER K., (1988), Do models work? Nursing Times, Vol. 84, No.5 February 3, pp 27-29.
13. AGGLETON F., and CHAIMERS H., (1990), Model future, Nursing Times, Vol.86., No 3, pp., 41-43.
14. AGGLETON F., and CHAIMERS H., (1985), Critical examination, Nursing Times, Vol. 81, April 3, pp. 38-39.
15. ANNA D.J., CHRISTENSEN, D.G., HOHON, S.A., ORD, L., and WELLS, S.R. (1978), Implementing Orem's conceptual framework. Journal of Nursing Administration, November., pp. 8-11.
16. TURNER K., (1989), Orem's model and patient teaching, Nursing Standard, Vol.3, No.50, September 9, pp. 32-33.
17. SUTHERLAND F., (1991), All in a day's work,

- Nursing Times, Vol.87, No.11, March 13, pp. 26-30.
18. CALEY J.M., DIRKEN M., ENGALLA M., and HENNRICH M.L., (1980), The Orem self - care nursing model, in Riehl, j.p., and Roy, C., Conceptual models for nursing practice, 2nd ed., USA : Prentice - Hall Publishing.
 19. JANIS L.L., (1958), Psychological stress. USA : Wiley Press.
 20. HAYARD J., (1975), Information : A prescription against pain. London: Royal College of Nursing.
 21. BOORE J.R.P. (1978), Prescription for recovery, London: Royal College of Nursing.
 22. DOBREE L., (1989), Educating for stoma surgery, Nursing Standard, Vol. 4 No. 2, October 4, pp. 28-30.

Υποβλήθηκε για δημοσίευση 26/6/2000