

## Ειδικά άρθρα

### Η φροντίδα Υγείας του Διαβητικού. Νέες Αντιλήψεις

Ι.Γ. Αλιβιζάτος

Κύριε Πρόεδρε,  
Κύριοι συνάδελφοι, μέλη τη Διαβητολογικής Εταιρείας Βόρειας Ελλάδας,  
Κυρίες και Κύριοι,

Πρώτα από όλα θέλω να ευχαριστήσω τον Πρόεδρο κ. Δ. Καραμήτσο και τα μέλη του Διοικητικού Συμβουλίου της Διαβητολογικής Εταιρείας Βόρειας Ελλάδας, για την τιμητική πρόσκληση να είμαι σήμερα στο 3ο ετήσιο συνέδριό σας, ο προσκεκλημένος ομιλητής σας.

Επέλεξα σαν θέμα, να σας μιλήσω για την «φροντίδα Υγείας του Διαβητικού», ένα θέμα που ενδιαφέρει πιστεύω όχι μόνο εμάς τους γιατρούς που ασκούμε την Διαβητολογία, ενδιαφέρει και τις Υπηρεσίες Υγείας του τόπου, ενδιαφέρει και τον Διαβητικό πληθυσμό. Στον τίτλο της ομιλίας μου, αναγράφεται και η φράση «Νέες Αντιλήψεις» και αυτό υποδηλοί ότι υπάρχουν αλλαγές στις αντιλήψεις για την φροντίδα υγείας. Και ασφαλώς υπάρχουν. Τίποτα δεν είναι στατικό στην εποχή που ζούμε. Στην εισαγωγή ενός πρόσφατου βιβλίου των D. Seedhouse και A. Gribb<sup>1</sup> που δημοσιεύτηκε το 1989 στην Μεγάλη Βρετανία με τίτλο «Changing ideas in Health Care» αναφέρεται ότι οι σύγχρονες τάσεις αλλαγής της φροντίδας υγείας προέρχονται είτε από αυτούς που παρέχουν τις υπηρεσίες υγείας, τους «φροντιστές υγείας» (carers), είτε από αυτούς που ευρίσκονται εκτός του συστήματος υγείας, τους «διαχειριστές υγείας». Η πρώτη, έχει την τάση να δώσει ένα ευρύτερο νόημα στην αντίληψη της υγείας, βλέποντας την φροντίδα υγείας όχι μόνο σαν παροχή υπηρεσιών για την θεραπεία και ίαση μιας νόσου ή την μείωση της θνητότητας ή θνησιμότητας από μια νόσο, αλλά σαν μια διαδικασία πολύ πιο ευρύτερη και δημιουργική. Η δεύτερη, έχει την τάση να θέτει όρια ποσοτικά στην φροντίδα υγείας και απαρτίζει την οικονομική παρέμβαση σε θέματα φροντίδας υγείας. Είναι αυτή που αναζητά την σχέση κόστους-αποτελεσματικότητας σε θέματα υγείας.

Στους πολλαπλούς ορισμούς που έχουν δοθεί για το τι είναι υγεία και τους οποίους δεν θα επαναλάβω, δόθηκε πρόσφατα

Διάλεξη που δόθηκε στο 3ο ετήσιο συνέδριο της Διαβητολογικής Εταιρείας Β. Ελλάδας από τον κ. Αλιβιζάτο που ήταν τιμώμενο πρόσωπο για την πολύπλευρη προσφορά του στην ανάπτυξη της Διαβητολογίας στη χώρα μας.

από τους R. Sutherland και J. Fulton<sup>2</sup> μια άλλη ενδιαφέρουσα διάσταση. Χαρακτηρίζουν και θα το αναφέρω όπως έχει διατυπωθεί ξενόγλωσσα την υγεία, σαν «state of mind» σαν «κατάσταση πνευματική». Δίνουν δηλαδή στην έννοια της υγείας την «ψυχο-κοινωνική» της διάσταση. Θα πρέπει κατά τους συγγραφείς, τους παραδοσιακούς στόχους που έχουμε για την υγεία και που κατ' εξοχήν αφορούν την επιβίωση και εκφράζουν την ποσότητα ζωής, να προστεθούν και οι ψυχοκοινωνικοί στόχοι που εκφράζουν την ποιότητα ζωής.

Κατά τους D. Sedhouse και A. Gribb<sup>1</sup> τρία είναι τα βασικά θέματα υποδομής μιας σύγχρονης φροντίδας υγείας:

- 1) Η ολιστική προσέγγιση
- 2) Η αρχή της ισότητας
- 3) Η αντίληψη της αυτονομίας.

Θα αναλύσω αυτά τα τρία θέματα σε γενικές γραμμές, δίνοντας περισσότερη έμφαση σε ότι έχει σχέση με την φροντίδα υγείας του Διαβητικού.

## 1. Η ολιστική προσέγγιση

Η ολιστική προσέγγιση υποδηλοί την αντιμετώπιση του πάσχοντα σαν σύνολο ατόμου (whole person). Προϋποθέτει για την άσκηση της ολιστικής προσέγγισης την αναγνώριση ότι κάθε άτομο έχει διπλή υπόσταση: την φυσική του υποδομή και την πνευματική του υποδομή. Η φυσική υποδομή ευρίσκεται κάτω από μια συνεχή διαδικασία αλληλοαντιδράσεων, παραγόντων του φυσικού κόσμου, η πνευματική υποδομή ευρίσκεται κάτω από μια συνεχή διαδικασία αλληλοαντιδράσεων και παραγόντων του πνευματικού κόσμου. Είμαστε ένα κράμα από ύλη και νοήματα. Και αυτά τα δύο σκέλη επίσης ευρίσκονται κάτω από μια συνεχή διαδικασία αλληλοαντιδράσεων. Ο όρος ολιστική προσέγγιση δόθηκε για να εκφράσει την καθολικότητα της προσέγγισης και φροντίδας στα προβλήματα υγείας, σε αντίθεση με την προσέγγισή μόνο του καθαρά βιολογικού ή φυσικού σκέλους. Στην έννοια της ολιστικής προσέγγισης υποδηλούνται, το βιολογικό, το ψυχολογικό και το κοινωνικό σκέλος της παθολογικής εκτροπής, που έχει δημιουργήσει ο Διαβήτης. Όπως είναι δυνατόν να έχουμε μια μεταβολική εκτροπή ή μεταβολική κρίση από το φυσιολογικό, κατά τον ίδιο τρόπο μπορεί να έχουμε παρεκτροπή οξεία ή χρονία στο ψυχολογικό ή κοινωνικό σκέλος που δευτερογενώς θα επηρεάσει το

βιολογικό. Η «υγεία», είναι ένα ανατροφοδοτούμενο πολυπαραγοντικό κύκλωμα και η προσέγγιση πρέπει να είναι πολυδιάστατη για να βρεθεί η τελική αποκατάσταση, η ισορροπία και η ομοιοστάση.

Αναμφίβολα είμαστε αναγκασμένοι να εστιάζουμε για να βρούμε λύσεις σε ένα συγκεκριμένο επί μέρους πρόβλημα, αλλά αυτό πρέπει να το κάνουμε ενσυνείδητα, έχοντας επίγνωση του βαθμού επιρροής των άλλων παραμέτρων, πολιτιστικών, συμπεριφορής, περιβάλλοντος.

Ένας συγγραφέας παρατηρεί και μεταφέρω «μιλάμε για ολιστική προσέγγιση, ακούγεται σωστό και ωραίο, αλλά μήπως έχουμε μπει σε μια ηθικοπλαστική ρητορική με αρκετή ασάφεια και έλλειψη αντικειμενικότητας; πως γίνεται η ολιστική προσέγγιση; ποιά τα δεδομένα;»

Η διατύπωση μιας νέας αντίληψης, μιας νέας θεώρησης, θέλει φαντασία και σύνθεση. Στην πράξη τελικά, θα αποδειχθεί αν ακολουθούμε σωστό δρόμο. Και πράξη, σημαίνει κατ' αρχήν έρευνα και έχουμε ανάγκη από «στερεά δεδομένα» (για να μεταφέρω την αγγλική έννοια hard data) για να θεσμοθετήσουμε μια νέα αντίληψη.

Πάντως μια σύγχρονη φροντίδα υγείας με την εφαρμογή της ολιστικής προσέγγισης δημιουργεί προϋποθέσεις για την συστηματικότερη χρήση της πρόληψης, της αυτοβοήθειας, της υποστήριξης ομάδων και την πιο ολοκληρωμένη και ενεργό επικοινωνία και συνεργασία χρήστου και φροντιστού υγείας, γιατρού και αρρώστου<sup>3</sup>.

Να σας δώσω ένα παράδειγμα από την Διαβητολογία. Ο διαβήτης δεν επηρεάζει μόνο τον πάσχοντα από την νόσο. Έχει επιπτώσεις και στο περιβάλλον του διαβητικού. Συμπάσχει και η οικογένεια του διαβητικού. Μάλιστα για να δοθεί έμφαση στις επιπτώσεις που έχει ο Διαβήτης στην οικογένεια του Διαβητικού, που έχουν να αντιμετωπίσουν επίσης προβλήματα προσαρμογής που θέλουν αλλαγές στον τρόπο ζωής, δόθηκε σε ένα τελευταίο συνέδριο της WHO, ο όρος, Διαβήτης τύπου III, υπονοώντας αυτούς που πάσχουν από διαβήτη έμμεσα.

Μερικοί δεν απεδέχθησαν τον όρο για να μην γίνει σύγχυση με άλλες μορφές Διαβήτη και ο Διαβητολόγος, H. Keen, πρότεινε τον όρο «Third party Diabetes». Δεν ξέρω αν θα επικρατήσει ο όρος και ποιός θα επιλεγεί τελικά και πως θα τον αποδώσουμε Ελληνικά, αλλά είναι χαρακτηριστική η ανάγκη της αναζήτησης κάποιου όρου για να εκφράσει μια κατάσταση, που θέλει μεγαλύτερη αυτογνωσία και φροντίδα από τα

επαγγέλματα υγείας.

## 2. Η αρχή της ισότητας

Ισότητα σημαίνει, ότι όλα τα άτομα είναι ίσα απέναντι ορισμένων βασικών παροχών της φροντίδας υγείας. Η παροχή υπηρεσιών υγείας με κάποια διαφοροποίηση, σε ένα άτομο, αντί ενός άλλου με το αιτιολογικό ότι είναι νέος, λευκός, οικογενειάρχης, ανήμπορος, πνευματικώς ανάπηρος, υποδηλοί έλλειψη αναγνώρισης του βασικού στοιχείου της ισότητας.

Το σκεπτικό των Secdhouse και Gribb είναι: ότι όλοι οι άνθρωποι έχουν βιολογικές δυνατότητες, όλοι είναι ικανοί, ή μπορούν να γίνουν στο μέλλον ικανοί, ώστε να μπορούν να κάνουν επιλογές. Επειδή είναι άνθρωποι έχουν αυτές τις δυνατότητες, αυτό το βιολογικό δυναμικό. Δεν έχουν ασφαλώς όλοι το ίδιο δυναμικό. Ο νέος από τον γέρο δεν έχουν το ίδιο δυναμικό. Μερικοί είναι πιο παραγωγικοί και άλλοι πιο ικανοί. Είναι όμως ίσοι βλέποντάς τους σαν άτομα που έχουν την δυνατότητα να αναπτύξουν κάποιο δυναμικό. Αποτιμώντας τις δυνατότητες κάθε ατόμου, αποτελεί μια βασική αρχή ισότητας της φροντίδας υγείας.

## 3. Η αντίληψη της αυτονομίας

Η απόδοση αυτονομίας στον πάσχοντα ώστε ο άρρωστος να είναι υπεύθυνος ρυθμιστής της δικής του υγείας, έχει ευρύτατα συζητηθεί τα τελευταία χρόνια σε διάφορα επίπεδα, φιλοσοφικό, γιατρικό, καθαρά πρακτικό και κλινικό. Από πολλούς θεωρείται ότι αποτελεί βασικό στόχο ενός σύγχρονου συστήματος φροντίδας για την υγεία. Αυτό στην πράξη σημαίνει ότι κατά την διαδικασία της θεραπευτικής παρέμβασης των επαγγελματιών υγείας, αυτό που επιθυμεί ο άρρωστος πρέπει να το λάβουμε υπ' όψη και να το σεβαστούμε. Αυτό που θέλει ή που δεν θέλει ο άρρωστος, δεν πρέπει να το θεωρούμε σαν δευτερεύουσας σημασίας αλλά σαν ένα πυρήνα, γύρω από τον οποίο θα μετασχηματισθούν και θα διαπλασθούν οι αποφάσεις για την φροντίδα υγείας του αρρώστου.

### Τι είναι αυτονομία;

Σαν αυτονομία έχει ορισθεί, η δυνατότητα να έχεις ελεύθερη σκέψη, να μπορείς να πάρεις απόφαση με βάση την ελεύθερη σου σκέψη και να έχεις την ικανότητα να δράσεις με βάση την

αιτιολογημένη σου απόφαση. Θα μπορούσε κανείς να δει την αυτονομία σαν ιδιότητα χαρακτήρα ενός ατόμου που στηρίζεται στις δικές του δυνάμεις. Έχει γνώμη, επιλέγει και δρα. Σε αντιπαράθεση μιας άλλης ιδιότητας χαρακτήρα ενός ατόμου που εκδηλώνει παθητικότητα, ενδοτικότητα και εξάρτηση. Έχει ενδιαφέρον η θεωρία της κοινωνικής μάθησης του Rotter<sup>4</sup> που πρόβαλλε την ιδέα του Health locus<sup>5</sup> of Control (Εστία ρυθμιστού υγείας, ή παράγων ρύθμισης υγείας ή τόπος ελέγχου υγείας) και που διακρίνει τρεις τύπους: 1) Ενδογενής παράγων ρύθμισης υγείας (internal health locus of Control) που υποδηλοί σε τι βαθμό ένα άτομο νομίζει ότι η δική του συμπεριφορά συνέβαλε και είναι υπεύθυνη για την υγεία του, 2) Ξενογενής παράγων ρύθμισης υγείας (οι ισχυροί άλλοι) (powerful others health locus of Control), σε τι βαθμό ένα άτομο νομίζει ότι άλλα άτομα ισχυρά στο περιβάλλον, είναι υπεύθυνα για την υγεία του (στην περίπτωση αυτή ο γιατρός) και 3) Τυχαιός παράγων ρύθμισης υγείας (chance health locus of Control), σε τι βαθμό ένα άτομο νομίζει ότι ο παράγων τύχης είναι υπεύθυνος για την υγεία του (τύχη-μοίρα).

Η έννοια της αυτονομίας μας ενδιαφέρει ιδιαίτερα στην Διαβητολογία, γιατί συνθέτει την συμπεριφορά αυτοφροντίδας του Διαβητικού (self-care behavior). Είναι αυτό, που είναι γνωστό και σαν δόγμα του R.D. Laurence: Ο Διαβητικός πρέπει να είναι γιατρός του εαυτού του. Θα ήθελα να επεκταθώ λίγο περισσότερο στο σημείο αυτό.

### Τι είναι αυτοφροντίδα;

Η έννοια της αυτοφροντίδας δεν είναι κάτι καινούργιο. Είναι παλιά, όσο είναι και η Ιατρική, αλλά τα τελευταία χρόνια έχει αυξηθεί το ενδιαφέρον και του κοινού και της Ιατρικής.

Το 1975 έγινε το πρώτο διεθνές συμπόσιο στην Δανία, στο οποίο συμμετείχαν Κοινωνιολόγοι-Εκπαιδευτές-Υγειονολόγοι-γιατροί αλλά επαγγέλματα υγείας, για να διερευνήσουν τον πιθανό ρόλο ενός ατόμου, τον δέκτη ή χρήστη των παροχών υγείας και της οικογένειάς του, στην πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας. Το θέμα του Συμποσίου ήταν Αυτοφροντίδα (Self-Care)<sup>6</sup>.

Σε μια εποχή όπου ο θεσμός «Do-it yourself», «κάντο με τα δικά σου χέρια», έχει αρχίσει να επικρατεί στην καθημερινή μας ζωή, δεν είναι παράξενο ότι έχει επηρεασθεί και η ιατρική. Ενδεχόμενα δεν είναι μόνο θέμα μόδας, αλλά ίσως και αποτέλεσμα βαθύτερων πολιτιστικών αλλα-

γών που έλαβαν χώρα μετά τον Δεύτερο Παγκόσμιο Πόλεμο και που δημιούργησαν μια κατάλληλη ψυχο-κοινωνική υποδομή για να αναπτυχθούν αντιλήψεις αυτοφροντίδας, π.χ. αλλαγές που έγιναν στις ανθρώπινες αξίες, αλλαγές στον τρόπο ζωής, μικρότερη προσκόλλησή στους παραδοσιακούς ρόλους, μεγαλύτερη ανεξαρτησία στην λήψη αποφάσεων, μεγαλύτερη μετακίνηση του πληθυσμού κ.ο.κ. Αναμφίβολα βοήθησε και η εξέλιξη της τεχνολογίας. Έχουμε ξεφύγει πια από την εποχή της άθροισης ούρων και την χρήση της φλόγας για τον προσδιορισμό σακχάρου. Υπάρχουν ειδικές βιομηχανίες σήμερα που προσφέρουν προϊόντα για ταχεία και με ακρίβεια έλεγχο παραμέτρων ρύθμισης, που εξυπηρετούν τον αυτοέλεγχο του Διαβητικού.

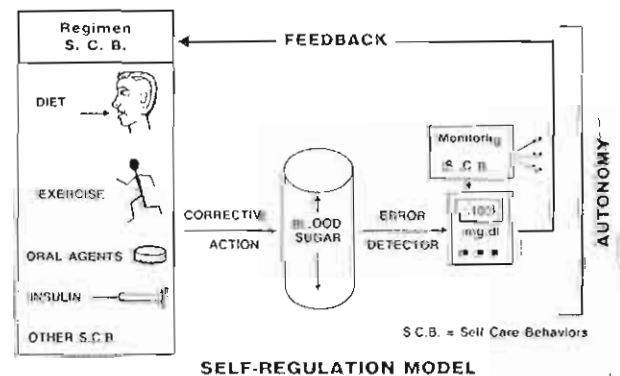
Αν θελήσει κανείς να βρει τον ορισμό το τι είναι αυτοφροντίδα για την υγεία, θα διαπιστώσει ότι δεν υπάρχει ένας ορισμός, αλλά πολλαπλοί ορισμοί εργασίας. Προτίμησα και επέλεξα αυτόν που έχει δώσει ο Harvey Smith και που ορίζει σαν αυτοφροντίδα «την πράξη εκείνη που επιλέγει ο άρρωστος για να μειώσει κατά το δυνατόν την ανημπορία, που του προκαλεί η χρόνια νόσος». Όταν λέει «την πράξη εκείνη» υπονοεί την ειδική συμπεριφορά υγείας που έχει ο άρρωστος επιλέξει.

Είναι γνωστό από έρευνα που έχει γίνει τα τελευταία χρόνια, ότι η συμπεριφορά υγείας του διαβητικού δεν είναι μια ενιαία συμπεριφορά. Είναι πολλαπλές συμπεριφορές, πολλαπλές συμπεριφορές του θεραπευτικού σχήματος. Εμείς ζητάμε από τον άρρωστο να αλλάξει την συμπεριφορά του που έχει σχέση με την διαίτά του, να υποβάλλεται σε εξετάσεις ούρων-αίματος, να παίρνει τα αντιδιαβητικά του δισκία ή να κάνει την σωστή δόση ινσουλίνης στην κατάλληλη ώρα, να ασκείται να προσαρμόζει την αγωγή του σε καταστάσεις stress κ.ο.κ. Είναι δυνατόν ένας διαβητικός, να είναι συνεπής ελέγχοντας τα ούρα και το αίμα σε τακτά διαστήματα ή να παίρνει τα αντιδιαβητικά δισκία την κατάλληλη ώρα, αλλά να είναι ανακόλουθος με την διαίτα και την άσκηση του<sup>6</sup>.

Στην Διαβητολογία, όπως και σε άλλες ειδικότητες χρησιμοποιείται συχνά ο όρος Compliance ή non-Compliance, συμμόρφωση ή μη-συμμόρφωση του ασθενούς που υποδηλοί αν έχει ή όχι ακολουθήσει ο ασθενής τις θεραπευτικές οδηγίες του γιατρού. Σήμερα δεν συνιστάται η χρήση των όρων αυτών και οι λόγοι είναι διάφοροι. Σε ένα άρθρο μου στο περιοδικό Ιατρική<sup>7</sup> με θέμα την επικοινωνία γιατρού-αρρώστου, που δη-

μοσιεύτηκε το 1980 είχα κάνει την πρόταση αντί του συμμόρφωση να χρησιμοποιούμε τον όρο «συνεργάσιμος ή μη συνεργάσιμος», από την λέξη Cooperation. Αυτό που προτείνεται σήμερα<sup>8</sup> είναι ο όρος «levels of self-care behaviors» αντί του Compliance, «επίπεδα συμπεριφοράς αυτοφροντίδας». Ο προτεινόμενος όρος συμβάλλει στο να θυμόμαστε ότι υπάρχουν πολλές συμπεριφορές και ότι πρέπει να είμαστε αντικειμενικοί, να καθορίζουμε για ποιά συμπεριφορά αυτοφροντίδας μιλάμε και ποιά τα κριτήρια ελέγχου της ακολουθίας ή της ανακολουθίας του ασθενούς ή της προσκόλλησης ή της μη προσκόλλησης (adherence) του ασθενούς στις θεραπευτικές οδηγίες. Άλλοι πάλι προτιμούν, όταν αναφέρονται στην αυτοφροντίδα να την περιγράφουν δίνοντας τα ψυχολογικά χαρακτηριστικά του ατόμου και μιλάνε τότε για τον ώριμο, τον ανεξάρτητο, τον υπεύθυνο ή τον αυτόνομο ασθενή<sup>9</sup>. Θα ήθελα να σας επιδείξω (Σχ. 1) ένα διάγραμμα το οποίο έχει δημοσιευθεί αλλά το έχω τροποποιήσει για να δώσω έμφαση στο «μοντέλο της Αυτορύθμισης» στον Σακχαρώδη Διαβήτη. Η βασική διαταραχή στον Διαβητικό είναι η δυσλειτουργία της ομοιοστασίας της γλυκόζης που παρίσταται με ένα αγγείο και τα δύο βέλη με αντίθετη φορά. Η δυσλειτουργία αφορά τον μηχανισμό της αυτόνομης αρνητικής ανατροφοδότησης στην ρύθμιση της γλυκόζης αίματος.

Αυτό που προσπαθούμε να κάνουμε ως διαβητολόγοι, είναι να υποκαταστήσουμε την ενδογενή δυσλειτουργία με ένα κύκλωμα εξωγενές αυτορύθμισης, που απαρτίζεται από έναν μετρητή λάθους και μια σειρά από συμπεριφορές αυτοφροντίδας που επιτρέπουν την διόρθωση της γλυκόζης αίματος, αποδίδοντας πίσω την απωλεσθείσα αυτονομία στο σύστημα.



Σχ. 1. Αυτορύθμιση του διαβητικού.

Ένα βασικό στοιχείο στο κύκλωμα, είναι ο μετρητής λάθους, δηλαδή ο προσδιορισμός γλυκόζης αίματος και μια ειδική συμπεριφορά που φέρεται σαν «self-monitoring», ή συμπεριφορά αυτο-ελέγχου. Η συμπεριφορά αυτή έχει αναλυθεί ακόμη περισσότερο στην αυτο-παρατήρηση (self-observation) στην αυτο-αξιολόγηση (self-evaluation) και στην αυτο-ενίσχυση (self-reinforcement). Η συμπεριφορά του αυτοελέγχου δεν είναι μόνο μέτρηση γλυκόζης αλλά συμπεριλαμβάνει και την προώθηση στο να γίνουν ορισμένες συμπεριφορές διορθώσεως. Και αυτές είναι συμπεριφορές του θεραπευτικού σχήματος, η διαίτα, η άσκηση, η λήψη των αντιδιαβητικών δισκίων ή της ινσουλίνης που θα αποτιλέσουν τις διορθωτικές ενέργειες για να επιτευχθεί η ρύθμιση της γλυκόζης αίματος. Αυτό είναι το διορθωτικό κύκλωμα του μοντέλου αυτοελέγχου του Διαβητικού<sup>10</sup>. Σας έδωσα μια εποπτική εικόνα για την αντίληψη της αυτονομίας και της συμπεριφοράς αυτοφροντίδας του Διαβητικού.

Είναι ευνόητο νομίζω πως το κεφάλαιο Αυτοφροντίδα του Διαβητικού δεν σταματά εδώ, το όλο θέμα είναι ευρύτατο με πολλά ερωτήματα και προβλήματα.

Δεν θα τα αναλύσω διότι δεν είναι το κυρίως θέμα μου, σκόπιμο όμως είναι να θέσω τα ερωτήματα.

Πρώτα απ' όλα ένα βασικό ερώτημα:

- 1) Προσφέρει η αυτοφροντίδα στον άρρωστο;
  - Βοηθάει την ρύθμιση;
  - έχει επιπτώσεις στην πορεία της διαβητικής καταστάσεως, λιγότερες ημέρες νοσηλείας; λιγότερες απουσίες δουλειάς από ανικανότητα εργασίας; λιγότερες επιπλοκές από την νόσο;
  - Προσφέρει για μια καλύτερη ποιότητα ζωής στον Διαβητικό;

Και τα άλλα ερωτήματα εξίσου σημαντικά:

- η αυτοφροντίδα για ποιούς; (όλο τον Διαβητικό πληθυσμό;)
- πότε; (σε ποιά φάση της νόσου;) και
- πόσο; (σε τι βαθμό η αυτονομία;)

- 2) Προσφέρει η αυτοφροντίδα στον ιατρό;

- πρώτα απ' όλα πιστεύει ο γιατρός στον θεσμό της αυτοφροντίδας; ποιά είναι η στάση του; είναι πατερναλιστής πιστεύοντας ότι ο γιατρός ξέρει πάντα καλύτερα και περιμένει από τον άρρωστο εμπιστοσύνη και πειθαρχία, σπάνια δίνοντας εξηγήσεις, χρησιμοποιώντας την φράση «κάνε όπως σου είπα», ή είναι αντι-πατερναλιστής, προσπαθώντας να δώσει πληροφορίες και να εξηγήει στον άρρωστο δίνοντας του κουράγιο,

ενισχύοντας το ηθικό του προσπαθώντας να βρεί κίνητρα και χρησιμοποιώντας την φράση «νομίζεις πως θα μπορέσεις; είναι εφικτό αυτό για σένα;».

Άλλα ερωτήματα:

- βοηθάει η αυτοφροντίδα στην καλύτερη παρακολούθηση του διαβητικού;
- βοηθάει για μια καλύτερη επικοινωνία γιατρού-αρρώστου;
- βοηθάει για ένα πιο ολοκληρωμένο έργο του γιατρού και ένα αίσθημα μεγαλύτερης ικανοποίησης, έχοντας και έναν παιδαγωγικό ρόλο, στην σχέση του με τον άρρωστο;
- υπάρχουν παρενέργειες από την υπέρμετρη αυτονομία;
- όταν ο άρρωστος ξέρει καλύτερα;
- όταν ο άρρωστος έρχεται σε σύγκρουση με τον γιατρό του;
- όταν ο άρρωστος σε κατάσταση συγκινησιακού stress, νοιώθει την ανάγκη να στηριχθεί σε κάποιον άλλο;

- 3) Τρίτη σειρά ερωτήσεων που θέλουν απάντηση. Στο κράτος, στο σύστημα υγείας, τί προσφέρει η αυτοφροντίδα;

- μπορεί χωρίς την αυτοφροντίδα;
- ποιά είναι η ανάλυση κόστους-αποτελεσματικότητας ενός συστήματος υγείας αναπτύσσοντας τον θεσμό της αυτοφροντίδας;

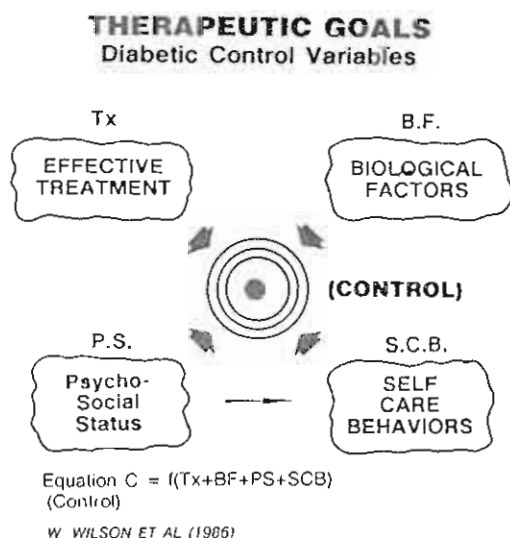
Αυτό είναι νομίζω ένα ευρύ φάσμα προβλημάτων και ερωτήσεων, μερικά των οποίων θέλουν συστηματική έρευνα για να δοθούν απαντήσεις - πρώτου ενταχθεί απόλυτα η συμπεριφορά αυτοφροντίδας σαν θεραπευτικό μέσο και μόνιμος θεσμός θεραπευτικής προσέγγισης.

Δεν θα ήθελα να μείνετε με την εντύπωση ότι η συμπεριφορά αυτοφροντίδας είναι το μόνο ή το κύριο μέσο για την Διαβητική ρύθμιση.

Η Διαβητική ρύθμιση που είναι το κύριο έργο ενός Διαβητολόγου έχει και άλλους παράγοντες επιρροής και αυτούς δεν πρέπει να τους ξεχνούμε.

Στο επόμενο σχήμα (Σχ. 2) στο μεν κέντρο, με τους κύκλους συμβολίζεται ο κύριος στόχος της θεραπευτικής προσέγγισης που είναι η ρύθμιση του Διαβητικού.

Παράγοντες επιρροής της Διαβητικής ρύθμισης, δεν είναι μόνο η συμπεριφορά αυτοφροντίδας που σχηματικά παρουσιάζεται εδώ με S.C.B. (Self-care-behavior). Υπάρχουν και άλλοι παράγοντες επιρροής που επηρεάζουν την ρύθμιση, π.χ. η αποτελεσματικότητα της θεραπείας, αν είναι χάπια ή Ινσουλίνη ή άλλο θεραπευτικό μέσο,



Σχ. 2. Παράγοντες που επηρεάζουν τη ρύθμιση του διαβήτη.

είναι βιολογικοί παράγοντες π.χ. παράγοντες στο κυτταρικό επίπεδο, θέματα υποδοχέων και αντίστασης προς την ινσουλίνη και αυτοί επηρεάζουν την ρύθμιση. Τέλος υπάρχει η συμπεριφορά αυτοφροντίδας και επίσης αυτό που φέρεται σαν ψυχο-κοινωνικό status, με άλλα λόγια ψυχο-κοινωνικοί παράγοντες επιρροής της Διαβητικής ρύθμισης, όπως π.χ. είναι οι αντιλήψεις περί υγείας του αρρώστου, η κοινωνική υποστήριξη του αρρώστου κ.ο.κ.

Αυτά τα δύο, η αυτοφροντίδα του αρρώστου και οι ψυχο-κοινωνικοί παράγοντες έχουν μελετηθεί πιο συστηματικά τα τελευταία χρόνια. Μια ομάδα ερευνητών έχει προτείνει την έκφραση της Διαβητικής ρύθμισης με ένα τύπο, που υποδεικνύει ότι η ρύθμιση είναι μια λειτουργία, εξαρτημένη από αυτούς τους διάφορους παράγοντες. Ο τύπος αν μη τι άλλο είναι χρήσιμος να μας θυμίζει την πολυπλοκότητα αυτής της λειτουργίας και την πολυπαραγοντική επιρροή<sup>11</sup>.

Μια βασική διαδικασία της Διαβητικής ρύθμισης, είναι η Διαδικασία της μάθησης, η διαδικασία όπως την λέμε σήμερα «Αγωγής Υγείας του Διαβητικού». Προτιμώ τον όρο Αγωγή Υγείας, αντί του Εκπαίδευση του Διαβητικού, γιατί είναι πιο ολοκληρωμένος, ενέχει τους τρεις βασικούς στόχους:

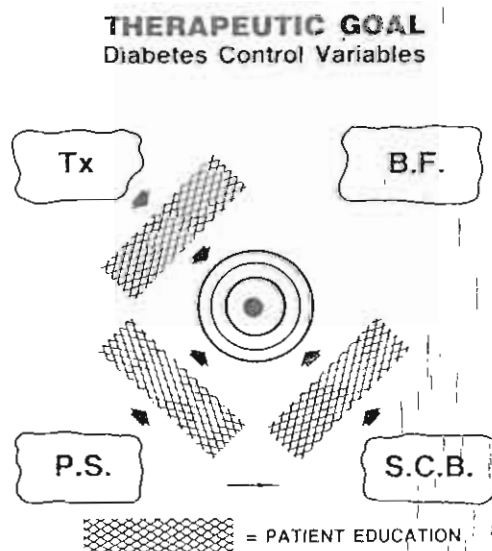
- α) την πληροφόρηση, την παροχή γνώσεων,
- β) την άσκηση δεξιοτήτων και
- γ) την αλλαγή συμπεριφοράς υγείας.

Ο όρος εκπαίδευση Διαβητική παραμένει στο μυαλό των περισσότερων σαν παροχή πλη-

ροφοριών για τον Διαβήτη και δεν υπάρχει αμφιβολία ότι όλοι μας κυρίως αυτό το έργο προσφέρουμε μόνο. Μαζεύουμε διαβητικούς σε μια μεγάλη αίθουσα και δίνουμε μια από καθέδρας ομιλία εκλαικευμένη για τον Διαβήτη. Πολύ συχνά το θέμα είναι τα καινούργια τεχνολογικά επιτεύγματα της επιστήμης. Ο άρρωστος φεύγει συνήθως έκθαμβος και θορυβημένος. Δεν είναι αυτό αγωγή υγείας. Ας αφήσω ότι μπορεί να μας κατηγορήσουν ότι το κίνητρό μας είναι η προσωπική μας διαφήμιση στον Διαβητικό πληθυσμό, διότι έχουν προηγηθεί αγγελίες στον ημερήσιο τύπο.

Είναι λίγες οι εξαιρέσεις, που στοχεύουν σε αλλαγή συμπεριφοράς που είναι ο βασικός στόχος της Αγωγής Υγείας. Και αυτό το έργο γίνεται σε μικρές ομάδες χωρίς διαφήμιση και τύμπανο-κρουσίες. Στο επόμενο σχήμα (σχήμα 3), βλέπετε σχηματικά την παρέμβαση της Αγωγής Υγείας που παρουσιάζεται συμβολικά σαν ένα παραλληλόγραμμα με μικρά τετράγωνα, που υποδηλοί ηθμό. Η Αγωγή Υγείας όπως κάθε αγωγή, ή κάθε εκπαίδευση, έχει ανάγκη από κάποια αξιολόγηση (αυτή είναι η έννοια του ηθμού) ώστε να μπορεί να γίνει αποτελεσματικότερη. Επομένως σχεδόν όλοι οι παράγοντες επιρροής μπορεί να μετασχηματισθούν και διαπλασθούν με την παρέμβαση της αγωγής υγείας, για μια καλύτερη ρύθμιση.

Άφησα τους βιολογικούς παράγοντες απέξω, διότι εκ πρώτης όψεως αυτοί οι παράγοντες δεν υπόκεινται σε κάποια διαφοροποίηση από την παρέμβαση της αγωγής υγείας, αλλά στο θεωρη-



Σχ. 3. Η παρέμβαση της αγωγής υγείας στην προσπάθεια για καλύτερη ρύθμιση.

τικό επίπεδο θα μπορούσε κανείς να ισχυρισθεί ότι και αυτό είναι εφικτό, π.χ. εάν υπάρχει σχέση αριθμού υποδοχέων προς την ινσουλίνη-αντίσταση στην ινσουλίνη και βαθμού παχυσαρκίας και παρεμβαίνουμε με αγωγή υγείας και αλλάζουμε την συμπεριφορά του ατόμου και πετυχαίνουμε απώλεια βάρους και μείωση των υποδοχέων και καλύτερη ρύθμιση, τότε το παράδειγμα υποδηλοί παρέμβαση και στους βιολογικούς παράγοντες.

Μιλώντας για νέες αντιλήψεις φροντίδας υγείας θα ήθελα να αναφέρω μερικές σκέψεις του Edward E. Bartlett από ένα τελευταίο κύριο άρθρο του (Editorial). Ο Edward E. Bartlett<sup>12</sup> είναι ο εκδότης του Patient Education and Counseling και στο τεύχος του Οκτωβρίου 1989, κάνει μερικές ενδιαφέρουσες προτάσεις αλλαγής στρατηγικής για την φροντίδα υγείας.

Μιλώντας για την Ιατρική των Ηνωμένων Πολιτειών λέει: «Ανησχώ για την εξέλιξη του συστήματος φροντίδας υγείας. Κάτω από τις προσπάθειες να αντιμετωπισθεί, το αυξανόμενο κόστος, η κακή γιατρική άσκηση (medical malpractice), η επιδίωξη για το κέρδος, ο πληθωρισμός των γιατρών, η αναγκαιότητα της τεχνολογίας, μήπως το σύστημα υγείας έχει χάσει τον κύριο στόχο, που είναι η εξυπηρέτηση των αναγκών υγείας του αρρώστου;

Την τελευταία δεκαετία, οι υπεύθυνοι τεχνοκράτες της υγείας, προσπαθούν να βάλουν κάποια τάξη στην σπατάλη και την ανεπάρκεια. Αντιμετωπίζουν το σύστημα παροχής φροντίδας υγείας σαν «βιομηχανία». Και το ερώτημα είναι: Μήπως στην διαδικασία αυτή, έχουμε χάσει την ψυχή μας; Το νόημα «της φροντίδας» δεν έχει την ίδια σημασία «ηθικής δύναμης», όπως είχε άλλοτε, προ δέκα ετών.

Μήπως έχουμε ξεχάσει τις ανάγκες του αρρώστου;

Και διερωτάται ο Bartlett:

Πως θα ήταν δυνατόν η φροντίδα υγείας να θέσει σαν επίκεντρο τον αρρώστο; (Patient Centered Care).

Από τις στρατηγικές που προτείνει αναφέρω τις κυριότερες τέσσερις:

1) Αλλαγή στο ιστορικό του αρρώστου, που σήμερα κατευθύνεται στην καταγραφή του προβλήματος (της νόσου). Αντί του «Problem Oriented» όπως λέγεται, να γίνει «Goal Oriented». Αντί της καταγραφής του προβλήματος «Υψηλή αρτηριακή πίεση», να καταγραφεί «Μείωση αρτηριακής πίεσης στο Mx 130, Mn 90». Δηλαδή,

να εστιάζει κανείς στο αποτέλεσμα και όχι στο πρόβλημα.

2) Καθορισμός και αξιολόγηση της «ικανοποίησης του αρρώστου» «Patient satisfaction» και για την Νοσοκομειακή του περίθαλψη και την παροχή υπηρεσιών από τα επαγγέλματα υγείας.

Δεν μπορεί να έχουμε σαν μόνο κριτήριο καλύτερης προσφοράς φροντίδας υγείας, την μείωση των ημερών νοσηλείας σε ένα Νοσοκομείο.

3) Επίκεντρο της αποτελεσματικότητας της φροντίδας υγείας να είναι «η ποιότητα ζωής του αρρώστου».

4) Η πολιτική του εθνικού συστήματος υγείας, να στραφεί στην στρατηγική της «αυτοφροντίδας» του αρρώστου.

Θα ήθελα να κλείσω την ομιλία μου με δύο επιγραμματικές διαφάνειες. Επειδή αγαπώ το ρόλο του δασκαλού, θέλω να σας αφήσω με δύο μηνύματα ιδιαίτερα απευθυνόμενος στους νεώτερους συναδέλφους. Τις έχω επιλέξει αυτές τις δύο διαφάνειες, για να επενεργήσουν σαν «μνημόνιο φροντίδας υγείας του Διαβητικού» ελπίζοντας ότι μπορεί να επενεργήσουν και σαν κίνητρο. Η πρώτη διαφάνεια, μια παραλλαγή ενός διαγράμματος του D. Metcalfe, έχει τον τίτλο «Χαρτογράφηση της φροντίδας υγείας» και μας βοηθάει κατά την γνώμη μου να τοποθετούμε νοητά τον εαυτό μας, απαντώντας στο ερώτημα «τι είδους παροχή υγείας προσφέρω», έτσι ώστε να έχουμε μια γρήγορη αυτογνωσία προς τα που οδεύουμε σε σχέση με το τι ανάγκες έχει ο διαβητικός<sup>13</sup>.

Να σας εξηγήσω το σχήμα (Σχ. 4) που εκφράζει στις συντεταγμένες τις ακραίες τάσεις της φροντίδας υγείας. Στον άνω οριζόντιο άξονα έχουμε την Αυτονομία και στον κάτω οριζόντιο άξονα την εξάρτηση που εκφράζουν τις ακραίες τάσεις φροντίδας υγείας, αλλά και ακραίες στάσεις του ασθενούς.

Ο δεξιά κάθετος άξων, παρουσιάζει την αναλυτική προσέγγιση, δηλαδή την προσέγγιση με επίκεντρο την νόσο. Η αναλυτική προσέγγιση θα μελετήσει σε βάθος τα διάφορα επίπεδα δυσλειτουργίας, το σύστημα, το όργανο, το κύτταρο, το μόριο κ.ο.κ. Ο αριστερός κάθετος άξων, παρουσιάζει την ολιστική προσέγγιση ή την προσέγγιση με επίκεντρο, τον ασθενή σαν σύνολο προσωπικότητας. Θα μελετήσει σε βάθος τα ψυχοκοινωνικά προβλήματα τους ασθενούς και του περιβάλλοντός του.

Ας πάρω δύο ακραία παραδείγματα για να δούμε που θα τοποθετηθούν, μέσα στο όλο πλάνο





D. METCALF (1989)

Σχ. 4. Χαρτογράφηση της φροντίδας υγείας.

του διαγράμματος και σε πιά θέση μπορεί να εντάξει κανείς στην νοητή ευθεία γραμμή το έργο που προσφέρει.

Ασθενής Δ1, ο Διαβητικός σε διαβητικό κόμμα, ο Διαβητικός με έμφρακτο ή ο Διαβητικός στο χειρουργείο στην εντατική. Εδώ η παροχή, είναι καθαρά αναλυτική και ο ασθενής ευρίσκεται στο μέγιστο της εξάρτησης. Δεν χρειάζεται επεξήγηση, είναι αυτονόητο. Επομένως τοποθετείται στο κάτω δεξιό άκρο της νοητής ευθείας (στο κάτω δεξιό τετράγωνο).

Περίπτωση Δ2, ο Διαβητικός βγήκε από την εντατική, του έγινε ακρωτηριασμός του άκρου και ευρίσκεται σε μια φάση αποκατάστασης της υγείας, αναπροσαρμογής στο δικό του περιβάλλον. Εδώ έχει ανάγκη ολιστικής προσέγγισης και βαθμιαία άσκηση της αυτονομίας. Επομένως τοποθετείται στο αριστερό άνω τετράγωνο του διαγράμματος, στην θέση Δ2.

Τώρα κάθε προσέγγιση του Διαβητικού, μπορεί να την δούμε σαν μια δυναμική διαδικασία που άλλοτε θα πάρει την θέση Δ3 ή Δ4 ή το κέντρο και άλλοτε με μια κλήση μεγαλύτερη προς τα πάνω ή προς τα κάτω ή προς τα αριστερά ή δεξιά. Είναι μια δυναμική προσέγγιση της φροντίδας υγείας ανάλογα με τις ανάγκες του ασθενούς. Έτσι η χαρτογράφηση μας βοηθάει να αυτοελέγχουμε το τι κάναμε σαν φροντίδα και έτσι να μπορούμε πιο εύκολα ενδεχόμενα να πλησιάσουμε και να γεφυρώσουμε την επιστημονική με την ανθρωπιστική ιατρική.

Ας έλθω στην τελευταία διαφάνεια, που απαρτίζει μια φράση κλειδί «Valuing people» όπως την προτείνουν οι D. Seedhouse και A. Gribb στην εισαγωγή του βιβλίου τους. Δεν μπόρεσα να αποδώσω την φράση με δύο λέξεις στα Ελληνικά και γιαυτό την άφησα στα Αγγλικά. Με την ίδια διαφάνεια έκλεισα την ομιλία μου που έδωσα σε ένα συνέδριο της Διεθνούς Οργάνωσης Υγείας, που έγινε τον περασμένο μήνα στην Ιταλία<sup>14</sup>. Valuing people περιφραστικά θα λέγαμε στα Ελληνικά «αποτιμώντας τις ανθρώπινες αξίες».

Κατά τους συγγραφείς, στην φράση αυτή κλειδί συνυπάρχουν, τα τρία θέματα υποδομής της φροντίδας υγείας, η ολιστική προσέγγιση, η ισότητα και η αυτονομία.

Ας μην ξεχνάμε λοιπόν την φράση αυτή: «Valuing people». Ενδεχόμενα, απομνημονεύοντας την φράση, ίσως επενεργήσει σε όλους μας, σαν «κίνητρο» για μια καλύτερη φροντίδα υγείας του Διαβητικού.

## Summary

*Alivisatos J.G. Health care for the diabetic new concepts. Hellen Diabetol Chron 1989; 2: 81-89.*

The changing trends in health care delivery in Diabetology are discussed under the three topics: The Holistic Approach, the Principle of Equality and the Concept of Autonomy.

In the development of the concept of patient's autonomy a detailed analysis of the Behavioral Self-Regulation Model was presented as applied in the management of Diabetes Mellitus. In considering the Diabetes Control Variables, emphasis was given on the influence of Patient Education, and some points were underlined for better performance.

In discussing the changing strategies in health care delivery some of the recent proposals of E. Bertlett were also presented.

A general map of Diabetes health care delivery was shown, using the parameters of the Holistic versus the Analytic approach on the one hand and Autonomy versus Dependency on the other. It was felt that setting the individual diabetic patient needs, on this map one could possibly be able to have a guideline of the appropriate quality of care to be delivered. Furthermore, this would also help to bridge the gap between scientific and humanistic medicine.



The key phrase: "Valuing people" as proposed by D. Seedhouse and A. Gribb, was selected as a reminder, in shaping attitudes of health care providers in Diabetology.

## Βιβλιογραφία

1. *Seedhouse D. and Gribb A.* "Changing ideas in Health Care". John Wiley and Sons. 1989.
2. *Sutherland R. and Fulton MJ.* "Health Care in Canada: A description and analysis of Canadian Health Services". The Health Group-Ottava, 1988.
3. *Shillitoe RW. and Christil MJ.* Psychosocial and Biomedical Contributions to the Holistic Management of Diabetes Mellitus. *Holistic Medicine* 1988; 3: 205.
4. *Rotter JB, Chance JE, Phares EJ.* Applications of a social learning theory of personality New York: Holt, Rinehart and Winston Inc. 1972.
5. *Lowell S, Levin, Alfred H, Katz and Erik Holst.* «Self-care» Croom Helm-London. 1977.
6. *Alivisatos G.* John and Benroubi Marian. "Education, the most important form of treatment" *World Book of Diabetes in Practice - vol. 2 - p. 92-96*, Elsevier. 1986.
7. *Αλιβιζάτος Ι.* «Η επικοινωνία ιατρού-αρρώστου» *Ιατρική* 1980, 37: 273-276.
8. *Glasgow ER, Wilson W, Mc Cane DK.* "Regimen Adherence: A Problematic Construct in Diabetes Research». Editorial. *Diabetes Care*, Vol. 8, No 3, 1985: 300.
9. *Muhlhauser I, Kunz A. and Graninger W.* "The emancipated diabetic patient". *Diabetes Education* p. 319-327. *Excerpta Medica*. 1983.
10. *Wing RR, Epstein HL, Nowlack MP. and Laparski MD.* "Behavioral Self-Regulation in the Treatment of Patients with Diabetes Mellitus". *Psychological Bulletin* 99, No 1, 1986; p. 78-79.
11. *Wilson W, Azy VD, Biglan A, Glasgow ER, Toobert JD. and Campbell RD.* "Psychosocial Predictors of Self-Care Behaviors (Compliance) and Glycemic Control in Non-Insulin. Dependent Diabetes Mellitus». *Diabetes Care*, Vol. 9, No 6, 1986; p. 614-622.
12. *Bartlett EE.* Whither patient-centered care. Editorial. *Patient Education and Counseling* 1986; 14: 97-99.
13. *Metcalfe D.* "Teaching Communication Skills to Medical Students". In *Changing Ideas in Health Care*. Edited by D. Seedhouse and A. Gribb, p. 219-230. John Wiley and Sons Ltd. 1989.
14. *Alivisatos John.* "The diabetic-his own doctor. The diabetologist's view". *Diabetes Mellitus in Europe: A problem at all ages in all Countries. A meeting organized by WHO and IDF in Europe. Υπό δημοσίευση*. 1989.

Πρόσθετοι όροι  
Ολιστική προσέγγιση  
Λυτοφροντιδα  
Λγωγή υγείας

Key words  
Holistic approach  
Health training  
Self-care