

Προοδευτικός Τρόπος Σκέψης: Νοσηλευτικές Θεωρίες και Νοσηλευτική Πρακτική με Επίκεντρο τον Πληθυσμό

Diane Cocozza Martins

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

Προοδευτικές Αντιλήψεις: Εξετάζοντας τις Ριζικές Αιτίες της Κακής Υγείας, 47
Ιστορικές Διαστάσεις της Νοσηλευτικής Θεωρίας, 48
Ο Τρόπος με τον οποίο η Θεωρία Κατευθύνει τη Νοσηλευτική, 48
Μικροσκοπικές Έναντι Μακροσκοπικών Θεωρήσεων Κατανόησης των Προβλημάτων Υγείας της Κοινότητας, 49
Εκτιμώντας το Θεωρητικό Πεδίο Εφαρμογής σε Σχέση με την Κοινωνική Νοσηλευτική, 50

Ανασκόπηση των Θεωρητικών Προσεγγίσεων, 51
 Το Άτομο είναι το Αντικείμενο της Αλλαγής, 51
Νοσηλευτική Θεωρία του Ελλείμματος Αυτοφροντίδας της Orem, 51
Το Μοντέλο των Πεποιθήσεων για την Υγεία, 51
 Προοδευτική Άποψη: Η Κοινωνία Αποτελεί το Αντικείμενο της Αλλαγής, 53
Το Πλαίσιο Milio σχετικά με την Πρόληψη, 53
Κριτική Κοινωνική Θεωρία, 56
Υγιείς Άνθρωποι 2020, 59

ΣΤΟΧΟΙ ΜΑΘΗΣΗΣ

Μετά το πέρας της μελέτης του κεφαλαίου, ο αναγνώστης θα είναι σε θέση να:

1. Να διακρίνει τις προοδευτικές παρεμβάσεις, παρεμβάσεις αντίθετες στο ρεύμα, οι οποίες σχεδιάστηκαν με στόχο την ταυτοποίηση των παραγόντων που είναι πρόδρομοι της εμφάνισης προβλημάτων υγείας, από τις παρεμβάσεις που χαρακτηρίζονται από προσπάθειες τροποποίησης των αντιλήψεων του ατόμου σχετικά με την υγεία.
2. Περιγράφει διαφορετικές θεωρίες και την εφαρμογή τους στον τομέα της κοινωνικής νοσηλευτικής / νοσηλευτικής δημόσιας υγείας
3. Κρίνει μία θεωρία σύμφωνα με τη συνάφειά της με τα υγειονομικά ζητήματα του πληθυσμού.
4. Εξηγεί τον τρόπο με τον οποίο η πρακτική που είναι βασισμένη στη θεωρία, βοηθά στην επίτευξη των στόχων της κοινοτικής/δημόσιας νοσηλευτικής μέσω της προστασίας και της προαγωγής της δημόσιας υγείας.

ΟΡΟΙ-ΚΛΕΙΔΙΑ

συντηρητικό πεδίο πρακτικής εφαρμογής
 κριτική αλληλεπίδραση
 κριτική κοινωνική θεωρία

μοντέλο πίστης στην υγεία (HBM)
 μακροσκοπικός
 μικροσκοπικός
 πλαίσιο Milio για την πρόληψη

θεωρία έλλειψης αυτοφροντίδας
 θεωρία
 προοδευτικές αντιλήψεις

Φαίνεται πως τα πολλά, περίπλοκα, πολύπλευρα και σε βάθος προβλήματα της κοινωνικής υγείας καθιστούν αδύνατο για ένα νοσηλευτή να πραγματοποιήσει ουσιώδεις βελτιώσεις στην υγεία. Παρόλο, που βλέπουμε ανθρώπους στους οποίους μόλις έχει διαγνωστεί καρκίνος, καρδιαγγειακή

νόσος ή πνευμονική νόσος, γνωρίζουμε ότι οι ασθένειες αυτές ξεκίνησαν χρόνια ή ακόμη δεκαετίες πριν. Σε πολλές περιπτώσεις, οι γενετικοί κίνδυνοι για την εκδήλωση των ασθενειών σχετίζονται με κοινωνικούς, οικονομικούς και περιβαλλοντικούς κινδύνους με τέτοιο τρόπο έτσι ώστε εί-

να δύσκολο να τους αντιληφθεί κανείς ενώ ακόμη πιο δύσκολο είναι να κάνει κάτι ώστε να αλλάξει τα δεδομένα. Αντιμετωπίζοντας όλες αυτές τις προκλήσεις, πώς μπορούμε εμείς ως νοσηλευτές να έχουμε την ελπίδα να επηρεάσουμε τη δημόσια υγεία σε σημαντικό βαθμό; Με ποιόν τρόπο μπορούν οι πράξεις μας σήμερα να μειώσουν το σύγχρονο φορτίο νοσημάτων και να παρεμποδίσουν ασθένειες που θα αντιμετώπιζον οι μελλοντικές γενιές των πολιτών;

Όταν οι νοσηλευτές αντιμετώπιζουν ένα πολύπλοκο πρόβλημα κοινοτικής υγείας πρέπει να σκέπτονται με στρατηγική. Πρέπει να είναι σε θέση να γνωρίζουν που να εστιάζουν το χρόνο τους, την ενέργειά τους και τα μέσα που διαθέτουν. Το πιθανότερο είναι να αντιμετώπισουν προβλήματα υγείας που προϋπήρχαν χρόνια, μαζί με άλλα θεμελιώδη προβλήματα που ίσως υπάρχουν εδώ και γενιές. Εάν οι νοσηλευτές χρησιμοποιήσουν τα οργανωτικά τους μέσα με ανορθόδοξο τρόπο, δεν θα επιλύσουν το πρόβλημα που διαχειρίζονται, αλλά αντίθετα, ίσως δημιουργήσουν νέα προβλήματα στην πορεία. Εάν δεν κτίσουν γερές σχέσεις με τους συνεργάτες της κοινότητας (π.χ. συλλόγους γονέων, υπουργούς, τοπικούς ακτιβιστές), θα είναι δύσκολο να επιτύχουν. Εάν οι νοσηλευτές αδυνατούν να στηρίξουν την κοινότητά τους με έναν επιστημονικά υπεύθυνο, λογικό και πειστικό τρόπο, θα αποτύχουν. Έχοντας λοιπόν να αντιμετώπισουν αυτές τις προκλήσεις, με ποιόν τρόπο θα μπορέσουν να επιτύχουν το στόχο τους για τη βελτίωση της δημόσιας υγείας;

Ευτυχώς, υπάρχουν βήματα για την επιτυχία. Κάποια από αυτά μπορούν να βρεθούν διαβάζοντας κάποιο νοσηλευτικό ιστορικό σύγγραμμα ή κάποιο αρχείο που εξιστορεί την εμπειρία ενός νοσηλευτή που επέτυχε στην βελτίωση υγείας χρησιμοποιώντας διπλωματικές ικανότητες ή τη βοήθεια της γειτονιάς. Η Lillian Wald αποτελεί παράδειγμα τέτοιου νοσηλευτή. Άλλα τέτοια παραδείγματα μπορούν να βρεθούν σε «ιστορίες επιτυχιών» που παρέχουν το παράδειγμα για το πώς ένας νοσηλευτής προσέγγισε το πρόβλημα, επιστράτευσε μέσα και κινήθηκε με στρατηγική για να προωθήσει αλλαγές. Το παρόν κεφάλαιο, απευθύνεται και σε ένα άλλο μέσο για την επίτευξη της επιτυχίας: την ικανότητα ιδεατής σκέψης όπως αυτή ενός παίκτη σκακιού που καταστρώνει ένα σχέδιο επίλυσης περίπλοκων προβλημάτων. Η ιδεατή αντίληψη είναι μια ιδιαίτερη ικανότητα που απαιτεί την κατανόηση του κόσμου σε ένα αφηρημένο επίπεδο, την παρουσία δύναμης, καταπίεσης, δικαιοσύνης και προσέγγισης όπως όλα αυτά εμφανίζονται στην κοινωνία μας. Σκεπτόμενοι ιδανικά, σημαίνει ανάπτυξη «της κριτικής ματιάς» για την κοινότητα και κατανόηση του τρόπου με τον οποίο συμβαίνουν οι αλλαγές σε μικροσκοπικά και μακροσκοπικά επίπεδα.

Το κεφάλαιο αυτό αρχίζει με μία σύντομη ανασκόπηση της νοσηλευτικής θεωρίας και ακολουθεί μία συζήτηση του πεδίου εφαρμογής της κοινοτικής νοσηλευτικής όσον αφορά την αντιμετώπιση των ζητημάτων υγείας του πληθυσμού. Αρκετές θεωρητικές προσεγγίσεις συγκρίνονται για να καταδείξουν τον τρόπο με τον οποίο οι διαφορετικές αντιλήψεις μπορούν να οδηγήσουν σε διαφορετικά συμπε-

ράσματα σε σχέση με το εύρος των παρεμβάσεων που είναι διαθέσιμες σε ένα νοσηλευτή.

ΠΡΟΟΔΕΥΤΙΚΕΣ ΑΝΤΙΛΗΨΕΙΣ: ΕΞΕΤΑΖΟΝΤΑΣ ΤΙΣ ΡΙΖΙΚΕΣ ΑΙΤΙΕΣ ΤΗΣ ΚΑΚΗΣ ΥΓΕΙΑΣ

Στέκομαι στην ακτή ενός ποταμού με ορμητικά νερά και ακούω την κραυγή ενός άνδρα που πνίγεται. Πηδώ μέσα στα κρύα νερά. Μάχομαι έναντι στο δυνατό ρεύμα και βάζω όλες μου τις δυνάμεις για να βοηθήσω τον άνδρα. Τον σύρω έξω στην όχθη και τον επαναφέρω με τεχνητή αναπνοή. Μόλις αρχίζει να αναπνέει ακούω και άλλη κραυγή για βοήθεια. Βουτάω στα κρύα νερά. Παλεύω με το δυνατό ρεύμα για να φθάσω τη γυναίκα που πνίγεται. Την αρπάζω και σιγά την σύρω στην ακτή. Την τοποθετώ δίπλα στον άνδρα και την επαναφέρω με τεχνητή αναπνοή. Μόλις και αυτή αρχίζει να αναπνέει ακούω και άλλη κραυγή και πέφτω στα κρύα νερά. Δίνοντας μάχη με το δυνατό ρεύμα του ποταμού κατευθύνομαι προς τον άνδρα που μάχεται με το νερό. Κουράζομαι, αλλά τελικά με μεγάλη προσπάθεια τον σύρω έξω στην ακτή. Τον τοποθετώ στην όχθη και προσπαθώ να του κάνω ανάνηψη. Μόλις και αυτός αρχίζει να αναπνέει ακούω και άλλη κραυγή για βοήθεια. Σχεδόν εξαντλημένος, από την προσπάθεια μου να βουτάω μέσα στα νερά, να τους τραβώ έξω και να εφαρμόζω τεχνητή αναπνοή δεν μου μένει χρόνος να κοιτάξω αντίθετα στο ρεύμα για να δω ποιος τους σπρώχνει... (Απόσπασμα από την ιστορία του Irving Zola, όπως παρατίθεται στο άρθρο του MacKinlay JB (2012): Μία περίπτωση επαναπροσδιορισμού των προοδευτικών αντιλήψεων, Conrad P, Η κοινωνιολογία της υγείας και της νόσου: κριτικές απόψεις, (Ch 47, 9th ed.), New York: Worth.)

Για να περιγράψει τις ιατρικές αποτυχίες, ο McKinlay (1979) χρησιμοποίησε μεταφορικά την εικόνα ενός ποταμού με ορμητικά νερά για να συμβολίσει τη νόσο. Σε αυτόν τον παραλληλισμό, οι ιατροί είναι τόσο απασχολημένοι με τη διάσωση των θυμάτων από το ποτάμι, που δεν κοιτάζουν αντίθετα προς το ρεύμα για να δουν ποιος σπρώχνει τους ασθενείς στα επικίνδυνα νερά. Υπάρχουν πολλοί παράγοντες που μπορούν να προκαλέσουν την πτώση ενός ασθενούς στα νερά της ασθένειας, όπως οι καπνοβιομηχανίες, οι εταιρίες που κάνουν κέρδη από την πώληση προϊόντων πλούσιων σε κορεσμένα λίπη, εταιρίες αλκοολούχων ποτών, εταιρίες ομορφιάς, έκθεση σε περιβαλλοντικές τοξίνες ή ασθένειες στον εργασιακό χώρο. Οι βιομήχανοι των ασθενειών είναι αυτοί που σπρώχνουν τους πελάτες στον ποταμό. Οι καπνοβιομηχανίες είναι ένα καλό παράδειγμα της βιομηχανίας υγείας. Τα προϊόντα τους προκαλούν αλλαγή προς το κακό στην κατάσταση υγείας των καταναλωτών τους και δεν φέρουν καμία ευθύνη για αυτό. Ο συγγραφέας

χρησιμοποίησε αυτή την εικόνα για να απεικονίσει τη ματαιότητα των «προσπαθειών που γίνονται σύμφωνα με την κατεύθυνση του ρεύματος», οι οποίες χαρακτηρίζονται από βραχυπρόθεσμες, ατομοκεντρικές παρεμβάσεις και προκαλεί τους επαγγελματίες υγείας να στρέψουν την ενέργειά τους «αντίθετα στο ρεύμα, εκεί όπου βρίσκονται τα πραγματικά προβλήματα» (McKinlay, 1979, σελ. 9). Η πρακτική ενασχόληση με την υγεία λαμβάνει χώρα στα τμήματα επειγόντων περιστατικών, στις μονάδες εντατικής θεραπείας και σε άλλα τμήματα που έχουν να κάνουν με την υγεία. Οι **προοδευτικές αντιλήψεις** εστιάζονται στην τροποποίηση των οικονομικών, πολιτικών και περιβαλλοντικών παραγόντων που είναι παγκοσμίως πρόδρομοι δείκτες κακής υγείας. Αν και ο παραλληλισμός αυτός αναφέρεται στην ιατρική πράξη, ωστόσο άπτεται και των διλημάτων της νοσηλευτικής πράξης. Επιπλέον, αν και η νοσηλευτική διαθέτει πλούσια ιστορία όσον αφορά την παροχή προληπτικής φροντίδας, η οποία έχει ως κέντρο της τον πληθυσμό, το σύγχρονο σύστημα φροντίδας υγείας δίδει έμφαση στην επείγουσα φροντίδα, η οποία έχει ως επίκεντρό της το άτομο. Οι χρόνιες παθήσεις ευθύνονται για το 70% των θανάτων κάθε χρόνο στην Αμερική και αντιστοιχούν στο 86% της δαπάνης φροντίδας υγείας των Ηνωμένων Πολιτειών (Centers for Disease Control and Prevention, 2017).

ΙΣΤΟΡΙΚΕΣ ΔΙΑΣΤΑΣΕΙΣ ΤΗΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΘΕΩΡΙΑΣ

Πολλοί διανοούμενοι συμφωνούν ότι η Florence Nightingale ήταν η πρώτη νοσηλεύτρια που έθεσε τις εννοιολογικές βάσεις της νοσηλευτικής πράξης. Η Nightingale πίστευε ότι το καθαρό νερό, τα καθαρά κλινოსκεπάσματα, η πρόσβαση σε επαρκή μέσα υγιεινής και η ησυχία θα βελτίωναν την έκβαση υγείας (Ali Parani, 2016). Εντούτοις, στα χρόνια που ακολούθησαν, η άσκηση της νοσηλευτικής αποσπάστηκε από το θεωρητικό της υπόβαθρο και ο βασικός της στόχος άρχισε να είναι η ανταπόκριση του νοσηλευτή σε επείγουσες καταστάσεις και στις απαιτήσεις του ιατρικού προσωπικού. Συνεπώς, το νοσοκομειακό και ιατρικό προσωπικό ήταν εκείνο που καθόριζε τα όρια της νοσηλευτικής πρακτικής. Όταν οι νοσηλευτές διαπίστωσαν ότι το νοσηλευτικό επάγγελμα καθοριζόταν από τρίτους, ανέλαβαν προληπτική δράση για να ενισχύσουν τις ιδέες τους και να αναπτύξουν την επιστημονική βάση της νοσηλευτικής πράξης. Ορισμένες από τις πρώιμες νοσηλευτικές θεωρίες ήταν αρκετά περιορισμένες και απεικόνιζαν μόνο εκείνες τις καταστάσεις ιατρικής μέριμνας που είχαν να κάνουν με έναν νοσηλευτή και έναν ασθενή. Τα οικογενειακά μέλη και οι άλλοι επαγγελματίες υγείας απείχαν εντελώς από το πλαίσιο της φροντίδας. Για την ιστορία, αυτός ο χαρακτηρισμός ίσως ήταν η κατάλληλη απάντηση στους περιορισμούς της νοσηλευτικής πράξης και της ανάγκης να δοθεί έμφαση στις ιατρικά εξαρτώμενες δραστηριότητες του νοσηλευτικού επαγγέλματος.

Αν και αξιόλογες ως ένα βαθμό, οι θεωρίες που εγκύπτουν στο θέμα της υγείας από μικροσκοπική ή ατομική και όχι από μακροσκοπική ή σφαιρική/κοινωνική προοπτική, περιορίζονται στο σύγχρονο πλαίσιο λειτουργίας της κοινοτικής/δημόσιας νοσηλευτικής. Αυτές οι θεωρίες είναι ανεπαρκείς καθώς, δεν συμπεριλαμβάνουν τις κοινωνικές, πολιτικές και περιβαλλοντικές συνιστώσες που αποτελούν τη βάση για την κατανόηση των κοινοτήτων. Οι πρόοδοι που σημειώθηκαν τα τελευταία χρόνια στην ανάπτυξη των νοσηλευτικών θεωριών, σχετίζονται με τη δυναμική φύση του υποστηρικτικού και/ή βλαπτικού για την υγεία περιβάλλοντος και τονίζουν τη συλλογική φύση της φροντίδας (π.χ., σχολείο, χώρος εργασίας) σε αντιδιαστολή με τη φροντίδα του ατόμου.

Ο ΤΡΟΠΟΣ ΜΕ ΤΟΝ ΟΠΟΙΟ Η ΘΕΩΡΙΑ ΚΑΤΕΥΘΥΝΕΙ ΤΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ

Στόχος της θεωρίας είναι η βελτίωση της νοσηλευτικής πρακτικής. Οι Chinn & Kramer (2015) δήλωσαν ότι η χρήση θεωριών ή τμημάτων θεωρητικών πλαισίων για την καθοδήγηση της πράξης οδηγεί στην επίτευξη αυτού του στόχου. Οι φοιτητές συχνά αντιμετωπίζουν τη θεωρία ως περιττή και δεν αντιλαμβάνονται τα οφέλη που προσφέρει στην πρακτική τους, αυτό που φαινομενικά θεωρούν ανόητο. Όταν η πράξη βασίζεται στη θεωρία, η συγκέντρωση και η ερμηνεία των στοιχείων καθοδηγείται με σαφή και οργανωμένο τρόπο και έτσι είναι ευκολότερο για το νοσηλευτή να διαγνώσει και να ασχοληθεί με τα προβλήματα. Μέσω της διαδικασίας σύνδεσης θεωρίας και πράξης, ο φοιτητής μπορεί να επικεντρωθεί σε παράγοντες που είναι σημαντικοί για την καλύτερη κατανόηση της όλης κατάστασης. Ο φοιτητής έχει επίσης την ευκαιρία να αναλύσει την πραγματικότητα της νοσηλευτικής πρακτικής σε συνάρτηση με μία συγκεκριμένη θεωρητική άποψη, αποκλείοντας ή μη με τον τρόπο αυτό, την καταλληλότητα κάποιων εννοιών (Schwartz-Barcott et al., 2002). Η Barnum (1998) υποστήριξε ότι «Μία θεωρία είναι όπως ο χάρτης μιας περιοχής σε αντίθεση με την αεροφωτογραφία της. Ο χάρτης δεν απεικονίζει ολόκληρη την περιοχή (π.χ. την πλήρη εικόνα), αλλά αντίθετα, επιλέγει τα τμήματα εκείνα τα οποία είναι σημαντικά για το δεδομένο σκοπό του». Η χρήση μιας θεωρητικής προοπτικής στο σχεδιασμό της νοσηλευτικής φροντίδας καθοδηγεί το φοιτητή στην εκτίμηση της νοσηλευτικής κατάστασης και τον διευκολύνει «να προγραμματίζει και να μη χάνεται στις λεπτομέρειες ή να ξεφεύγει από το σκοπό του» (J.M. Swanson, προσωπική επικοινωνία με τον P. Butterfield, Μάιος 1992).

Όπως συμβαίνει και με άλλες αφηρημένες έννοιες, οι διάφοροι συγγραφείς που έχουν ασχοληθεί με το αντικείμενο της νοσηλευτικής επιστήμης έχουν ορίσει και ερμηνεύσει τη **θεωρία** με διαφορετικούς τρόπους. Στο Πλαίσιο 3-1 παρατίθενται αρκετοί ορισμοί του όρου «θεωρία» που δόθηκαν από διάφορους συγγραφείς. Η ανομοιογένεια που πα-

ΠΛΑΙΣΙΟ 3-1 ΟΡΙΣΜΟΙ ΤΗΣ ΘΕΩΡΙΑΣ ΟΙ ΟΠΟΙΟΙ ΠΡΟΤΕΙΝΟΝΤΑΙ ΑΠΟ ΤΟΥΣ ΘΕΩΡΗΤΙΚΟΥΣ ΤΗΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ

- «Ένας συστηματικός τρόπος θεώρησης της πραγματικότητας: ένα σύνολο συσχετιζόμενων εννοιών, που χρησιμεύει στην πρόβλεψη και στον έλεγχο» (Woods & Catanzaro, 1988, σελ. 568).
- «Ένα εννοιολογικό σύστημα ή θεωρητικό πλαίσιο το οποίο επινοήθηκε για κάποιο σκοπό και, καθώς ο σκοπός διαφοροποιείται, έτσι θα πρέπει να διαφοροποιείται και η δομή και η πολυπλοκότητα του συστήματος» (Dickoff & James, 1968, σελ. 19).
- «Ένα δημιουργικό και αυστηρό οικοδόμημα ιδεών που προβάλλει μια πειραματική, σκόπιμη και συστηματική θεώρηση των φαινομένων» (Chinn & Kramer, 1999, σελ. 51).
- «Ένα σύνολο ιδεών, διαισθήσεων ή υποθέσεων που παρέχει κάποιο βαθμό πρόβλεψης και/ή επεξήγησης του κόσμου» (Pryjmachuk, 1996, σελ. 679).
- «Η θεωρία οργανώνει τις σχέσεις μεταξύ των πολύπλοκων γεγονότων που λαμβάνουν χώρα σε μια νοσηλευτική κατάσταση, έτσι ώστε να μπορέσουμε να βοηθήσουμε τον άνθρωπο. Με απλά λόγια, η θεωρία παρέχει έναν τρόπο αντίληψης και θεώρησης του κόσμου γύρω μας» (Torres, 1986, σελ. 19).

ρατρείται μεταξύ αυτών των ορισμών αντικατοπτρίζει την εξέλιξη της σκέψης και το διαφορετικό τρόπο με τον οποίο το κάθε άτομο αντιλαμβάνεται τις σχέσεις μεταξύ θεωρίας, πράξης και έρευνας. Οι ορισμοί αυτοί δείχνουν επίσης, πόσο δύσκολο είναι να περιγραφεί μια σύνθετη και διαφορετική, κάθε φορά, θεωρία υπό έναν ορισμό. Η ανάγνωση διαφόρων ορισμών μπορεί να βοηθήσει τον αναγνώστη να εκτιμήσει τον πακτωλό των θεωριών και να απομονώσει έναν ή δύο σημαντικούς ορισμούς. Σε επαγγελματικό επίπεδο, οι ορισμοί της θεωρίας συνήθως αναφέρονται σε μια ομάδα εννοιών και σχετικών αναφορών καθώς και στο σκοπό της θεωρίας. Αυτό το κεφάλαιο παρουσιάζει έναν αριθμό θεωρητικών απόψεων οι οποίες συγκλίνουν σε μία ευρύτερη ερμηνεία της θεωρίας και συνάδουν με τους ορισμούς που προτείνονται από τους Dickoff & James (1968), από τον Torres (1986) καθώς και από τους Chinn & Kramer (2008)

ΜΙΚΡΟΣΚΟΠΙΚΕΣ ΕΝΑΝΤΙ ΜΑΚΡΟΣΚΟΠΙΚΩΝ ΘΕΩΡΗΣΕΩΝ, ΚΑΤΑΝΟΗΣΗΣ ΤΩΝ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΩΝ ΥΓΕΙΑΣ ΤΗΣ ΚΟΙΝΟΤΗΤΑΣ

Κάθε νοσηλεύτης πρέπει να βρει το δικό του/της τρόπο ερμηνείας των σύνθετων δυνάμεων που διαμορφώνουν τις κοινωνίες προκειμένου να κατανοήσει την έννοια της υγείας του πληθυσμού. Ο νοσηλεύτης μπορεί να επιτύχει καλύτερα αυτό το μετασχηματισμό της σκέψης του λαμβάνοντας υπ' όψιν του τόσο την άσκηση νοσηλευτικής με επίκεντρο τον πληθυσμό, όσο και τις θεωρητικές αντιλήψεις που θα τον

βοηθήσουν να αντιληφθεί την υγεία με μια μακροσκοπική σε αντίθεση με τη μικροσκοπική προοπτική. Ο Πίνακας 3-1 κάνει μια διαφοροποίηση μεταξύ αυτών των δύο αντιλήψεων που αφορούν την προσέγγιση των προβλημάτων υγείας.

Ο κάθε ασθενής αποτελεί αντικείμενο **μικροσκοπικής θεώρησης** της υγείας, ενώ από την άλλη πλευρά κοινωνικοί ή οικονομικοί παράγοντες που επηρεάζουν την κατάσταση της υγείας αποτελούν την **μακροσκοπική θεώρησή** της. Όταν το επίκεντρο είναι το άτομο, το υπό εξέταση πρόβλημα (πχ έκθεση παιδιών σε μόλυβδο) εντάσσεται στο πλαίσιο της μικροσκοπικής προσέγγισης της υγείας. Στο πλαίσιο αυτό, μια μικροσκοπική προσέγγιση εκτίμησης κατάστασης θα εστιάζονταν αποκλειστικά σε κάθε παιδί που θα είχε δηλητηριασθεί από μόλυβδο και οι νοσηλευτικές παρεμβάσεις θα εστιάζονταν στον εντοπισμό και τη θεραπεία του παιδιού και της οικογένειας. Ωστόσο, ο νοσηλεύτης μπορεί να επεκτείνει το ενδιαφέρον του όσον αφορά το συγκεκριμένο πρόβλημα ασχολούμενος με την απομάκρυνση των κύριων πηγών στο σπίτι και εξετάζοντας διαπροσωπικούς και ενδοκοινοτικούς παράγοντες που διαιωνίζουν τη δηλητηρίαση από μόλυβδο σε εθνική κλίμακα. Μία μακροσκοπική προσέγγιση της έκθεσης στο μόλυβδο μπορεί να περιλαμβάνει τις ακόλουθες δραστηριότητες: εξέταση των γενικών τάσεων επιπολασμού της δηλητηρίασης από μόλυβδο σε συνάρτηση με το χρόνο, εκτίμηση του ποσοστού των παλαιών σπιτιών σε μια γειτονιά που μπορεί να έχουν σωλήνες από μόλυβδο ή επιφάνειες βαμμένες με χρώματα τα οποία έχουν ως βάση το μόλυβδο και εντοπισμός των βιομηχανικών πηγών εκπομπής μολύβδου. Αυτές οι προσπάθειες περιλαμβάνουν συνήθως τις συνεργατικές προσπάθειες των νοσηλευτών σχολικής υγιεινής, των νοσηλευτών επαγγελματικής υγιεινής και άλλων κοινοτικών νοσηλευτών. Οι Burbank και Martins (2010) συζήτησαν της ευρείας κλίμακας προοπτικές που εφοδιάζουν τους νοσηλευτές με εννοιολογικά εργαλεία που ενδυναμώνουν τους πελάτες τους στη λήψη αποφάσεων σχετικά με την υγεία με βάση τα δικά τους συμφέροντα και τα συμφέροντα της ευρύτερης κοινότητας.

Ένα σύννηθες δίλημμα που προκύπτει στην καθημερινή άσκηση κοινοτικής νοσηλευτικής είναι η πίεση που βιώνει ο νοσηλεύτης σχετικά με το αν θα πρέπει να ενεργεί για λογαριασμό των ατόμων ή για λογαριασμό του πληθυσμού. Για πολλούς νοσηλευτές, η τάση αυτή καταδεικνύεται από την ανάγκη τους να ρυθμίσουν και να ιεραρχήσουν τα πολλαπλά καθημερινά τους καθήκοντα. Οι δραστηριότητες που έχουν ως κέντρο τους τον πληθυσμό είναι συχνά πιο σφαιρικές από τις σαφείς και άμεσες απαιτήσεις των άρρωστων ατόμων και συνεπώς μπορεί να «βουλιάζουν στον πάτο» του καταλόγου προτεραιοτήτων. Ο κοινοτικός νοσηλεύτης ή ο προϊστάμενος νοσηλεύτης μπορεί να προγραμματίζει να αφιερώνει την ημέρα του σε ένα κοινοτικό πρόγραμμα στον τομέα της πρόληψης, όπως είναι τα προγράμματα προσυμπτωματικού ελέγχου, ο εκσυγχρονισμός των προγραμμάτων παρακολούθησης ή η συνάντηση με σημαντικά μέλη της κοινότητας για κάποιο συγκεκριμένο πρόγραμμα πρόληψης. Στην πραγματικότητα, ο νοσηλευ-

**ΠΙΝΑΚΑΣ 3-1 ΣΥΓΚΡΙΣΗ ΜΙΚΡΟΣΚΟΠΙΚΩΝ & ΜΑΚΡΟΣΚΟΠΙΚΩΝ ΠΡΟΣΕΓΓΙΣΩΝ
ΣΤΗΝ ΟΡΙΟΘΕΤΗΣΗ ΤΩΝ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΩΝ ΚΟΙΝΟΤΙΚΗΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ**
ΜΙΚΡΟΣΚΟΠΙΚΗ ΠΡΟΣΕΓΓΙΣΗ

Εξετάζει τις αντιδράσεις του ατόμου και ενίοτε της οικογένειας απέναντι στην υγεία και στη νόσο

Συχνά δίνει έμφαση στις συμπεριφορικές αντιδράσεις του ατόμου απέναντι στη νόσο ή στον τρόπο ζωής του

Οι νοσηλευτικές παρεμβάσεις συχνά στοχεύουν στην τροποποίηση της συμπεριφοράς του ατόμου μέσω της αλλαγής των πεποιθήσεων ή των αντιλήψεών του.

ΜΑΚΡΟΣΚΟΠΙΚΗ ΠΡΟΣΕΓΓΙΣΗ

Εξετάζει τα ενδοοικογενειακά και ενδοκοινωνικά θέματα που αφορούν την υγεία και τη νόσο.

Περιγράφει παράγοντες που ενθαρρύνουν την ανάπτυξη νόσου ή προάγουν την υγεία του πληθυσμού

Δίνει έμφαση στους κοινωνικούς, οικονομικούς και περιβαλλοντικούς προγνωστικούς δείκτες της νόσου

Οι νοσηλευτικές παρεμβάσεις μπορεί να περιλαμβάνουν τροποποιητικές κοινωνικές ή περιβαλλοντικές μεταβλητές (π.χ. προσπάθεια περιορισμού των εμποδίων που παρουσιάζονται στον τομέα της φροντίδας υγείας και βελτίωση της υγιεινής ή των συνθηκών διαβίωσης).

Πιθανόν να αφορούν σε κοινωνική ή πολιτική δράση.

τής αφιερώνει το χρόνο του στην αντιμετώπιση κατά έναν τρόπο επειγόντων καταστάσεων, γεγονός που παρεμποδίζει την εξέλιξη πρωτοβουλιών «μεγάλης εμβέλειας» (όπως στο παράδειγμα με την αεροφωτογραφία σύμφωνα με το συμβολισμό του Barnum) και των προγραμμάτων που θα είχαν ως αντικείμενό τους τον πληθυσμό. Όταν έρχονται αντιμέτωποι με πολλαπλές απαιτήσεις, οι νοσηλευτές θα πρέπει να κάνουν μεγάλες προσπάθειες για την ανάπτυξη προγραμμάτων τα οποία θα έχουν ως αντικείμενό τους τον πληθυσμό. Οι καθημερινές πιέσεις μπορούν εύκολα να αποσπάσουν την προσοχή του νοσηλευτή από τη νοσηλευτική που βασίζεται στον πληθυσμό. Αρκετοί νοσηλευτικοί οργανισμοί επικεντρώνονται σε αυτόν τον πληθυσμό ενώ ένας οργανισμός, το Τετραμελές Συμβούλιο Νοσηλευτικής Δημόσιας Υγείας, αποτελείται από εκπροσώπους των ακόλουθων τεσσάρων οργανώσεων δημόσιας υγείας και κοινοτικής νοσηλευτικής:

- Τμήμα Νοσηλευτικής Δημόσιας Υγείας της Αμερικανικής Ένωσης Δημόσιας Υγείας (Public Health Nursing Section of the American Public Health Association, PHN-APHA)
- Ένωση Εκπαιδευτών Νοσηλευτών Κοινωνικής Υγείας (Association of Community Health Nurse Educators, ACHNE)
- Ένωση Νοσηλευτών Δημόσιας Υγείας (Association of Public Health Nurses, APHN)
- Συμβούλιο Ένωσης Νοσηλευτών Αμερικής για την Άσκηση της Νοσηλευτικής και τα Οικονομικά (American Nurses Association Council on Nursing Practice and Economics, ANA)

Οι οργανισμοί δίνουν έμφαση στην συστηματική πρακτική και ολιστική σκέψη και στη σημασία βελτίωσης της υγείας μέσω σχεδιασμού και εφαρμογής των παρεμβάσεων που έχουν βάση τον πληθυσμό (Swider, Krothe, Reyes & Cravetz, 2013).

Η θεωρητική επικέντρωση στο άτομο μπορεί να παρεμποδίσει την ανάπτυξη μιας ευρύτερης προοπτικής. Η Dreher (1982) χρησιμοποίησε τον όρο **συντηρητικό πεδίο πρακτικής εφαρμογής** κατά την περιγραφή των θεωρητικών πλαισίων που επικεντρώνουν την ενέργεια αποκλειστικά

στους παράγοντες μεταξύ νοσηλευομένων ασθενών και μεταξύ νοσηλευτών-ασθενών. Δήλωσε ότι, σε αντίστοιχα θεωρητικά πλαίσια συνήθως υιοθετούνται ψυχολογικές ερμηνείες όσον αφορά τη συμπεριφορά του ασθενή. Αυτός ο τρόπος σκέψης συνεπάγεται ελλιπή συμμόρφωση, χαμένα ραντεβού και απρόθυμη συμμετοχή σε προβλήματα που αφορούν στην κινητοποίηση και στη στάση του ασθενούς. Οι νοσηλευτές είναι υπεύθυνοι για την αλλαγή της στάσης του ασθενούς απέναντι στην υγεία και όχι για την αλλαγή του ίδιου του συστήματος «αν και αντίστοιχες αρνητικές στάσεις μπορεί να συνιστούν μία ρεαλιστική αποτίμηση της παρεχόμενης φροντίδας υγείας» (Dreher, 1982, σελ. 505). Η διάσταση αυτή δεν περιλαμβάνει την πιθανότητα μεταβολής του συστήματος ή την παρακίνηση των ασθενών προκειμένου να αλλάξουν τη στάση τους.

ΕΚΤΙΜΩΝΤΑΣ ΤΟ ΘΕΩΡΗΤΙΚΟ ΠΕΔΙΟ ΕΦΑΡΜΟΓΗΣ ΣΕ ΣΧΕΣΗ ΜΕ ΤΗΝ ΚΟΙΝΟΤΙΚΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ

Το θεωρητικό πεδίο εφαρμογής είναι ιδιαίτερα σημαντικό για την κοινοτική νοσηλευτική διότι είναι πολλά τα επίπεδα άσκησης της νοσηλευτικής που εμπίπτουν σε αυτή την ειδικότητα. Για παράδειγμα, ένας νοσηλευτής κατ' οίκον φροντίδας που φροντίζει ασθενείς μετά την έξοδό τους από το νοσοκομείο, έχει πολύ διαφορετικό αντικείμενο δράσης από τον επιδημιολόγο νοσηλευτή ή τον υπεύθυνο υγειονομικού σχεδιασμού. Μια δεδομένη θεωρία μπορεί να είναι χρήσιμη για τους νοσηλευτές κοινοτικής υγείας, μόνον εφόσον έχει ένα αρκετά ευρύ πεδίο εφαρμογής, ώστε να προάγει την υγεία και να ανταποκρίνεται στους παράγοντες που καθορίζουν την υγεία του πληθυσμού. Η πρωτοβουλία *Υγιείς Άνθρωποι 2020* ενσωμάτωσε κοινωνικούς προσδιοριστικούς παράγοντες υγείας στους εθνικούς στόχους υγείας (U.S. Department of Health and Human Services, 2017). Το ίδρυμα Robert Wood Johnson ασχολήθηκε με την ανάγκη δημιουργίας μιας Κουλτούρας Υγείας που να ωφελεί το σύνολο του πληθυσμού και να διασφαλίζει ότι όλοι οι άνθρω-

ποι έχουν ίσες ευκαιρίες να κάνουν υγιεινές επιλογές κάτω από οποιοσδήποτε συνθήκες (Robert Wood Johnson, 2017). Η χρήση των όρων μικροσκοπικός και μακροσκοπικός σε καταστάσεις που αφορούν στην υγεία μπορεί να βοηθήσει τους νοσηλευτές να καθοδηγήσουν και να ενθαρρύνουν την ανάπτυξη της θεωρίας της κοινοτικής νοσηλευτικής.

Αν και η έννοια μακροσκοπικός είναι συναφής με την παράλληλη έννοια της «αντίθετης προς το ρεύμα» αντίληψης, ο όρος μακροσκοπικός αναφέρεται σε ένα ευρύ πεδίο δράσης, το οποίο περιλαμβάνει πολλές παραμέτρους για την κατανόηση ενός προβλήματος υγείας. Ο αντίθετος στο ρεύμα τρόπος σκέψης θα μπορούσε να περιλαμβάνεται σε αυτόν τον τομέα. Εξετάζοντας ένα πρόβλημα από αυτή την οπτική, δίνεται έμφαση στις παραμέτρους που προηγούνται ή που διαδραματίζουν κάποιο ρόλο στην ανάπτυξη των προβλημάτων υγείας. Η έννοια μακροσκοπικός είναι ευρύτερη έννοια και η έννοια αντίθετος στο ρεύμα είναι μια πιο συγκεκριμένη έννοια. Αυτές οι σχετικές έννοιες και το νόημά τους μπορούν να βοηθήσουν τους νοσηλευτές να αναπτύξουν κριτική ικανότητα κατά την αξιολόγηση της σχέσης που έχει μια θεωρία με την υγεία του πληθυσμού.



ΔΡΑΣΤΗΡΙΟΤΗΤΕΣ ΕΚΜΑΘΗΣΗΣ

Επανεξετάστε τον ορισμό της Ένωσης Αμερικανών Νοσηλευτών (ANA) για την άσκηση κοινοτικής νοσηλευτικής και τον ορισμό του ΑΡΗΑ (Αμερικανικός Σύλλογος Δημόσιας Υγείας) σχετικά με την άσκηση της νοσηλευτικής δημόσιας υγείας. Τι δείχνουν αυτοί οι ορισμοί για τη θεωρητική βάση της κοινοτικής νοσηλευτικής; Ποια είναι η διαφορά της θεωρητικής βάσης της άσκησης της κοινοτικής νοσηλευτικής από εκείνη άλλων νοσηλευτικών ειδικοτήτων;

ΑΝΑΣΚΟΠΗΣΗ ΤΩΝ ΘΕΩΡΗΤΙΚΩΝ ΠΡΟΣΕΓΓΙΣΕΩΝ

Οι διαφορές που παρατηρούνται μεταξύ των θεωρητικών προσεγγίσεων δείχνουν πως ο νοσηλευτής μπορεί να οδηγηθεί σε πολύ διαφορετικά συμπεράσματα σχετικά με τα αίτια της συμπεριφοράς του πελάτη του και το φάσμα των διαθέσιμων παρεμβάσεων. Η ενότητα που ακολουθεί παραθέτει δύο θεωρίες επεξηγώντας με παραδείγματα τις ατομικές «μικροσκοπικές» προσεγγίσεις στα προβλήματα της κοινοτικής νοσηλευτικής. Η μία θεωρία προέρχεται από τη νοσηλευτική και η άλλη βασίζεται στην κοινωνική ψυχολογία. Δύο άλλες θεωρίες παρουσιάζουν την αντιμετώπιση των νοσηλευτικών προβλημάτων από μακροσκοπική πλευρά. Η μία έχει τις ρίζες της στη νοσηλευτική και η άλλη στη φαινομενολογία. Ο τρόπος παρουσίασης αυτής της επανεξέτασης έχει ως εξής:

1. Το άτομο είναι το αντικείμενο της αλλαγής (π.χ., μικροσκοπική οπτική)
 - α. Νοσηλευτική θεωρία της Έλλειψης Αυτοφροντίδας της Orem

β. Μοντέλο πίστης στην υγεία (HBM)

2. Προοδευτικός τρόπος σκέψης: η Κοινωνία είναι το αντικείμενο της αλλαγής (π.χ., μακροσκοπική οπτική)
 - α. Το πλαίσιο Milio σχετικά με την πρόληψη
 - β. Κριτική Κοινωνική Θεωρία

Το Άτομο είναι το Αντικείμενο της Αλλαγής

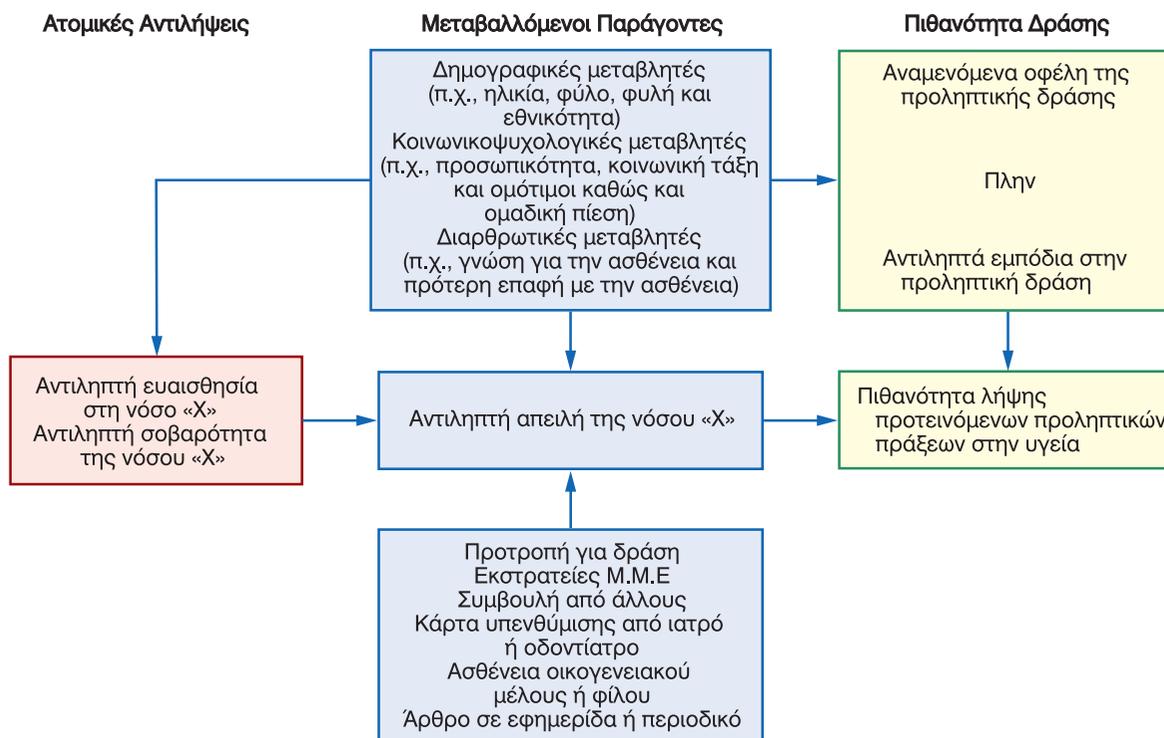
Νοσηλευτική Θεωρία του Ελλείμματος Αυτοφροντίδας της Orem

Το 1958, η Dorothea Orem ήταν νοσηλεύτρια που εργαζόταν ιδιωτικά καθώς και νοσοκομειακή υπάλληλος· αργότερα εργάστηκε στη σχολή του Καθολικού Πανεπιστημίου της Αμερικής (Catholic University of America). Η Orem άρχισε να κατασταλάζει σχετικά με το σκοπό των νοσηλευτικών δραστηριοτήτων και το λόγο για τον οποίο τα άτομα χρήζουν νοσηλευτικής φροντίδας (Berbiglia & Banfield, 2014· Fawcett, 2001). Η θεωρία της Orem βασίζεται στην υπόθεση ότι οι ανάγκες και οι δραστηριότητες αυτοφροντίδας είναι ο πρωταρχικός στόχος της άσκησης της νοσηλευτικής. Η Orem περιέγραψε τη **Νοσηλευτική Θεωρία του Ελλείμματος Αυτοφροντίδας** και δήλωσε ότι αυτή η γενική θεωρία είναι στην πραγματικότητα ένας συνδυασμός των ακόλουθων θεωριών: τη θεωρία της έλλειψης αυτοφροντίδας, η οποία παρέχει τα κριτήρια για την αναγνώριση των ατόμων που χρήζουν νοσηλευτικής φροντίδας· τη θεωρία της αυτοφροντίδας, που ερμηνεύει την έννοια της αυτοφροντίδας και την αναγκαιότητά της· τη θεωρία των νοσηλευτικών συστημάτων, η οποία προσδιορίζει το ρόλο της νοσηλευτικής σε ό,τι αφορά την παροχή φροντίδας και τον τρόπο με τον οποίο η νοσηλευτική βοηθά τους ανθρώπους (Orem, 2001).

Εφαρμογή της Θεωρίας του Ελλείμματος Αυτοφροντίδας της Orem. Κατά τη διάρκεια κάποιας συζήτησης σχετικά με τις πρωτοβουλίες που βασίζονται στη θεωρία, μία Βρετανή νοσηλεύτρια δυσανασχέτησε με την πρόθεση των προϊσταμένων της να υιοθετήσουν τη θεωρία της έλλειψης αυτοφροντίδας της Orem. Είχε απογοητευθεί και υποστήριζε ότι πολλές από τις θέσεις αυτού του μοντέλου έδειχναν ασύμβατες με τα πραγματικά γεγονότα της καθημερινής της πρακτικής. Η Kennedy (1989) υποστήριζε ότι η θεωρία της έλλειψης αυτοφροντίδας βασίζεται στην υπόθεση ότι οι άνθρωποι μπορούν να ασκήσουν έλεγχο στο περιβάλλον τους αναζητώντας την υγεία. Ωστόσο, πιθανόν να ασκούν περιορισμένο έλεγχο στις φυσικές ή κοινωνικές διαστάσεις του εργασιακού τους περιβάλλοντος. Βάσει αυτής της θέσης συμπέρανε ότι το μοντέλο αυτοφροντίδας δεν είναι συμβατό με τον τομέα της νοσηλευτικής επαγγελματικής υγιεινής.

Το Μοντέλο των Πεποιθήσεων για την Υγεία

Η δεύτερη θεωρία που εξετάζει το άτομο ως αντικείμενο της αλλαγής, είναι το **μοντέλο των πεποιθήσεων για την υγεία** (Health Belief Model – HBM). Το μοντέλο αναπτύχθηκε με βάση τη θέση ότι η εικόνα που έχει το άτομο για τον κόσμο



ΕΙΚΟΝΑ 3-1 Μεταβλητές και σχέσεις στο Μοντέλο HBM. (Από Rosenstock IM: Ιστορική προέλευση του μοντέλου πίστης στην υγεία. In Becker MH, εκδότης: *Το μοντέλο των πεποιθήσεων για την υγεία και η προσωπική συμπεριφορά υγείας*, Thorofare, NJ, 1974, Charles B Slack).

είναι αυτή που καθορίζει τη δράση του. Η εμφάνιση αυτού του μοντέλου χρονολογείται από τα τέλη της δεκαετίας του 1950, όταν η ανακάλυψη του εμβολίου της πολιομυελίτιδας ανακούφισε την Αμερική. Όταν κάποιοι άνθρωποι αποφάσισαν να μην επισκεφθούν ή να μην πάνε τα παιδιά τους για ανοσοποίηση, οι κοινωνικοί ψυχολόγοι και άλλοι εργαζόμενοι στη δημόσια υγεία αναγνώρισαν ότι υπάρχει η ανάγκη μιας ολοκληρωμένης γνώσης γύρω από τους παράγοντες που επηρεάζουν τις συμπεριφορές πρόληψης στον τομέα της υγείας. Οι προσπάθειές τους οδήγησαν στη δημιουργία του Μοντέλου των Πεποιθήσεων για την Υγεία.

Το έργο του Kurt Lewin ήταν σύμφωνο με τις βασικές συνιστώσες του μοντέλου. Εισηγήθηκε ότι η συμπεριφορά βασίζεται στις τρέχουσες καταστάσεις που το άτομο καλείται να αντιμετωπίσει παρά στις προγενέστερες εμπειρίες του (Maiman & Becker, 1974). Στην Εικόνα 3-1, παρουσιάζονται οι μεταβλητές και οι σχέσεις που αναπτύσσονται στο Μοντέλο HBM. Σύμφωνα με το μοντέλο αυτό, ο βασικός καθοριστικός παράγοντας ο οποίος προσδιορίζει την συμπεριφορά πρόληψης είναι η αποφυγή της ασθένειας. Οι βασικές έννοιες σχετίζονται με την αντίληψη του ατόμου για ευπάθεια στην ασθένεια «X», την αντίληψή του για βαρύτητα της ασθένειας «X», τους τροποποιητικούς παράγοντες, τις προτροπές για δράση, τα αντιληπτά οφέλη πέραν των εμποδίων, σε ό,τι αφορά την ανάληψη προληπτικής δράσης, την αντίληψη για την επικινδυνότητα της νόσου «X» και την πιθανότητα εφαρμογής των συνιστώμε-

νων προληπτικών μέτρων. Η ασθένεια «X» αντιπροσωπεύει μία συγκεκριμένη διαταραχή που μπορεί να προληφθεί μέσω κάποιου υγειονομικού μέτρου. Θα πρέπει να σημειωθεί ότι οι ενέργειες που συνδέονται με τον καρκίνο του μαστού θα διαφέρουν από εκείνες που σχετίζονται με την ιλαρά. Για παράδειγμα, στον καρκίνο του μαστού, η προτροπή για ανάληψη δράσης μπορεί να έχει τη μορφή διαφήμισης από πλευράς κάποιας δημόσιας υπηρεσίας η οποία προτρέπει τις γυναίκες να κανονίσουν ένα ραντεβού για μαστογραφία. Εντούτοις, για την ιλαρά, η προτροπή για δράση μπορεί να έχει τη μορφή ενημέρωσης σχετικά με κάποια έξαρση της ιλαράς σε γειτονική πόλη.

Εφαρμογή του Μοντέλου Πεποιθήσεων για την Υγεία.

Κατά καιρούς, πολλοί συγγραφείς εισηγήθηκαν τη διεύρυνση του πεδίου εφαρμογής του Μοντέλου HBM, έτσι ώστε να συμπεριληφθεί σε αυτό η έννοια της προαγωγής υγείας και οι συμπεριφορές απέναντι στη νόσο (Kirscht, 1974· Pender, 1987) καθώς και να συγχωνευθούν οι έννοιες του μοντέλου αυτού με άλλες θεωρίες που αναφέρονται στη συμπεριφορά υγείας (Cummings, Becker & Malie, 1980). Η έννοια που ακολουθεί περιλαμβάνει μία συνοπτική προσωπική περιγραφή των απόψεών μου σχετικά με τα δυνατά σημεία και τους περιορισμούς αυτού του μοντέλου.

Κατά τη διάρκεια των μαθημάτων μου νοσηλευτικής εκπαίδευσης ήρθα αντιμέτωπος με πολλές νοσηλευτικές θεωρίες. Το μοντέλο HBM ήταν το λιγότερο αγαπη-

μένο μου. Το μεγαλύτερο μέρος του περιεχομένου του ήταν ενδιαφέρον αλλά θεωρούσα δύσκολη την εφαρμογή στους ασθενείς της κοινότητας και στους ασθενείς που νοσηλεύονταν στο σπίτι. Η συμμόρφωση του μοντέλου ήταν δύσκολο να εφαρμοστεί από τους νοσηλευτές στην πράξη. Η αντίληψη μου για το μοντέλο αυτό άλλαξε λίγα χρόνια πριν όταν ο μικρότερος αδελφός μου διαγνώστηκε με καρκίνο στο πάγκρεας. Αυτή η εμπειρία μου επέτρεψε να αντιληφθώ τον τρόπο με τον οποίο το HBM θα μπορούσε να προσφέρει μια διαφορετική ματιά στη συμπεριφορά υγείας του ατόμου. Με βοήθησε να οργανώσω τις ιδέες μου σχετικά με τον λόγο για τον οποίο οι άνθρωποι ασπάζονται ή απορρίπτουν τις οδηγίες καλοπροαίρετων νοσηλευτών και ιατρών. Έννοιες όπως αντίληψη για τη σοβαρότητα, αντίληψη για την ευαισθησία και προτροπή για δράση με βοήθησαν να αποκτήσω βαθιά γνώση της δυναμικής που έχει η λήψη αποφάσεων που αφορούν την υγεία. Ξεκίνησα να εφαρμόζω τις έννοιες του μοντέλου για την καθοδήγηση του έργου μου στα πλαίσια της οικογένειάς μου. Ο αδελφός μου που αρρώστησε είχε καπνίσει πολύ σε όλη του τη ζωή. Και ο άλλος αδελφός μου κάπνιζε. Τα μέλη της οικογενείας μου πίστευαν στο πεπρωμένο ζωής και θανάτου, αλλά αυτή η εμπειρία άλλαξε ριζικά τα πιστεύω τους σχετικά με την υγεία. Μέχρι τότε, τα μέλη της οικογενείας μου δεν σταματούσαν το κάπνισμα γιατί δεν αντιλαμβάνονταν την επιδεκτικότητα και τη σοβαρότητα του καπνίσματος. Ανήκαν σε μια ομάδα αναφοράς που περιφρονούσε σε μεγάλο βαθμό την παραδοσιακή άσκηση ιατρικής και προτιμούσε την απραξία από την πράξη. Τις επόμενες εβδομάδες τα αδέρφια μου ζήτησαν πληροφορίες σχετικά με στρατηγικές που θα τους βοηθούσαν να κόψουν το κάπνισμα και να μειώσουν τις πιθανότητες ανάπτυξης καρκίνου.

Μετά από χρόνια έχω αποκτήσει μεγαλύτερη πείρα σε ό,τι αφορά την εκτίμηση και το χαρακτηρισμό των προβλημάτων των ασθενών και έχω επιτύχει καλύτερη εκτίμηση των δυνάμεων και των μειονεκτημάτων που το κάθε θεωρητικό πλαίσιο επιβάλλει σε μια κατάσταση.

Περιορισμοί του Μοντέλου των Πεποιθήσεων για την Υγεία. Το Μοντέλο HBM καθιστά αποκλειστικά υπεύθυνο το άτομο για την ανάληψη δράσης. Προϋποθέτει ότι μόνο τα άτομα που έχουν λανθασμένες ή αρνητικές αντιλήψεις σχετικά με τη συγκεκριμένη νόσο ή τη συνιστώμενη υγειονομική δράση, δε θα προβούν στη λήψη μέτρων. Στην πράξη, το μοντέλο αυτό εστιάζεται στις ενέργειες του νοσηλευτή σε σχέση με τις παρεμβάσεις που έχουν σχεδιασθεί για την τροποποίηση των λανθασμένων αντιλήψεων του ασθενή.

Πιστό στις ιστορικές του καταβολές, το μοντέλο παρέχει μια ερμηνεία των συμπεριφορών υγείας που μοιάζει με μηχανικό σύστημα. Όταν ο νοσηλευτής συμβουλευτεί το μοντέλο, μπορεί να επιτύχει τη συμμόρφωση του ασθενούς χρησιμοποιώντας τις μεταβλητές του μοντέλου ως καταλύ-

τες οι οποίοι θα ενθαρρύνουν την ανάληψη δράσης. Για παράδειγμα, μία μελέτη παρέμβασης η οποία βασίζεται στις αρχές του μοντέλου αυτού, είχε ως στόχο την ενίσχυση του περιοδικού επανελέγχου υπερτασικών πελατών, δίνοντας στους ασθενείς να καταλάβουν πόσο ευάλωτοι είναι απέναντι στην υπέρταση και πόσο μεγάλη είναι η επικινδυνότητα της νόσου (Jones et al., 1987). Επιπλέον, η μελέτη προέβλεπε την παροχή υπηρεσιών αγωγής υγείας στους ασθενείς από το τηλέφωνο ή στο τμήμα επειγόντων, με στόχο να κατανοήσουν τα οφέλη της μακροχρόνιας παρακολούθησης. Σύμφωνα με τους συγγραφείς, οι παρεμβάσεις οδήγησαν σε δραματική αλλαγή, σε ό,τι αφορά τη συμμόρφωση των ασθενών. Εντούτοις, παρατήρησαν ότι αρκετές ομάδες ασθενών δεν ανταποκρίθηκαν στην παρέμβαση αυτή. Μελέτες σαν αυτές δείχνουν τις δυνατότητες πρόβλεψης και τους περιορισμούς του Μοντέλου Πεποιθήσεων για την Υγεία (HBM) (Lajunen and Rasanen, 2004· Lin et al., 2005· Mirotnik et al., 1998). Το HBM, χρησιμοποιήθηκε για την εκπαίδευση καπνιστών με στόχο την διακοπή του καπνίσματος, στοχεύοντας στη βελτίωση της γνώσης, στη διαφοροποίηση των πεποιθήσεων και στην υιοθέτηση υγιούς συμπεριφοράς

Το Μοντέλο HBM μπορεί να βοηθήσει στην αλλαγή της συμπεριφοράς μεταβάλλοντας τις αντιλήψεις των ασθενών, αλλά δεν αναγνωρίζει την ευθύνη που φέρουν οι επαγγελματίες υγείας όσον αφορά τον περιορισμό ή την εξομάλυνση των εμποδίων που ανακύπτουν στη φροντίδα υγείας. Το μοντέλο είναι υποδειγματικό σε ό,τι αφορά το χαρακτήρα της θεωρητικής αντίληψης που επικρατεί στο χώρο της νοσηλευτικής εκπαίδευσης και της άσκησης νοσηλευτικής. Το περιορισμένο πεδίο εφαρμογής του μοντέλου συνιστά την ισχύ αλλά και το μειονέκτημά του καθώς, ο νοσηλευτής δεν μπορεί να εξετάσει τις ριζικές αιτίες των ευκαιριών στον τομέα της υγείας καθώς και των συμπεριφορών στις κοινότητες στις οποίες προσφέρει τις υπηρεσίες του.

Προοδευτική Άποψη: Η Κοινωνία Αποτελεί το Αντικείμενο της Αλλαγής

Το Πλαίσιο Milio σχετικά με την Πρόληψη

Η Nancy Milio πραγματοποίησε εκτενή έρευνα πάνω στην πολιτική που σχετίζεται με το κάπνισμα (1985). Η προσέγγιση της Milio στην βελτίωση της υγείας των ανθρώπων παρουσιάζεται στο σημαντικό της βιβλίο με τίτλο Προαγωγή Υγείας μέσω Δημόσιας Πολιτικής (Promoting Health through Public Policy), αλλά και μέσω των ενδεδειγμένων μελετών της σχετικά με την πολιτική καπνίσματος και τη Νορβηγική πολιτική για τα αγροτικά προϊόντα και τα τρόφιμα. (Drapez, 1986). Το πλαίσιο Milio σχετικά με την πρόληψη (1976) αποτελεί αξιοσημείωτη παράμετρο του Μοντέλου HBM και παρέχει ένα μηχανισμό ο οποίος επιτρέπει τη στροφή του ενδιαφέροντος προς προοδευτικές αντιλήψεις και την εξέταση ευκαιριών για νοσηλευτικές παρεμβάσεις σε επίπεδο πληθυσμού. Η Nancy Milio παρουσίασε έξι προτάσεις που συνδέουν την ικανότητα του ατόμου να βελτιώνεται σε ό,τι

ΠΙΝΑΚΑΣ 3-2 ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΤΟΥ ΠΛΑΙΣΙΟΥ ΤΗΣ MILIO ΣΤΗ ΔΗΜΟΣΙΑ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ**ΣΥΝΟΠΤΙΚΕΣ ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ MILIO**

Η κατάσταση της υγείας του πληθυσμού είναι αποτέλεσμα στέρησης και/ή κατάχρησης εξαιρετικά σημαντικών μέσων διατήρησης της υγείας.

Τα συμπεριφορικά πρότυπα των πληθυσμών είναι αποτέλεσμα μιας επιλογής μέσα από ένα περιορισμένο εύρος διαθέσιμων επιλογών και αυτή η επιλογή σχετίζεται με τις πραγματικές και τις αντιληπτές επιλογές οι οποίες είναι διαθέσιμες, καθώς και τις πεποιθήσεις και τις προσδοκίες που προκύπτουν μέσω της κοινωνικοποίησης, της αγωγής και της εμπειρίας.

Οι οργανωτικές αποφάσεις και πολιτικές (τόσο κυβερνητικές όσο και μη κυβερνητικές) καθορίζουν αρκετές από τις επιλογές που είναι διαθέσιμες στο άτομο και στους πληθυσμούς ενώ παράλληλα επηρεάζουν και τις εκάστοτε επιλογές.

Οι αποφάσεις που λαμβάνουν τα άτομα όσον αφορά τις επιλογές που μπορούν να προάγουν ή να βλάψουν την υγεία τους, επηρεάζονται από την προσπάθειά τους να μεγιστοποιήσουν τους πόρους οι οποίοι έχουν αξία γι' αυτούς.

Οι αλλαγές στα πρότυπα συμπεριφοράς που προκύπτουν από τη λήψη αποφάσεων ενός μεγάλου αριθμού ανθρώπων ενός πληθυσμού και οι οποίες μπορούν να οδηγήσουν σε κοινωνική αλλαγή.

Χωρίς τις νέες ή εναλλακτικές επιλογές οι οποίες προάγουν την υγεία και στις οποίες τα άτομα θα μπορούσαν να επενδύσουν τους προσωπικούς τους πόρους, η αγωγή υγείας μπορεί να μην είναι αποτελεσματική στην αλλαγή των προτύπων συμπεριφοράς.

ΠΑΡΑΔΕΙΓΜΑΤΑ ΥΓΕΙΑΣ ΠΛΗΘΥΣΜΩΝ

Άτομα και οικογένειες που διαβιούν σε συνθήκες ένδειας, παρουσιάζουν χαμηλότερο υγειονομικό επίπεδο, συγκριτικά με άτομα και οικογένειες της μέσης και της ανώτερης κοινωνικής τάξης.

Οι θετικές και οι αρνητικές επιλογές του τρόπου ζωής (π.χ., κάπνισμα, κατανάλωση αλκοόλ, ασφαλείς σεξουαλικές συνευρέσεις, τακτική φυσική δραστηριότητα, διαίτα/διατροφή, χρήση ζώνης ασφαλείας) είναι σε σημαντικό βαθμό εξαρτημένες από την πολιτισμική παράδοση, το κοινωνικοοικονομικό καθώς και το εκπαιδευτικό επίπεδο.

Η κάλυψη και η διαθεσιμότητα της ασφάλειας υγείας καθορίζεται και χρηματοδοτείται σε μεγάλο βαθμό από ομοσπονδιακές και κρατικές υπηρεσίες (π.χ., Medicare και Medicaid) και από τους εργοδότες (π.χ., ιδιωτική ασφάλιση). Η πηγή και η χρηματοδότηση της ασφάλειας επηρεάζει σε μεγάλο βαθμό τις επιλογές και τις υπηρεσίες του φορέα υγείας.

Οι ατομικές επιλογές και συμπεριφορές επηρεάζονται σημαντικά από τις επιθυμίες, τις αξίες και τις πεποιθήσεις. Για παράδειγμα, η χρήση των μεθόδων φραγμού κατά τη διάρκεια της σεξουαλικής επαφής από τους εφήβους, είναι συχνά εξαρτώμενη από την πίεση που ασκείται από το περιβάλλον των συνομηλίκων και από την ανάγκη για αποδοχή, αγάπη και την αίσθηση του «ανήκειν».

Μερικές συμπεριφορές, όπως η χρήση καπνού, είναι δύσκολο να διατηρηθούν σε μερικούς χώρους ή καταστάσεις, σύμφωνα με τις εντολές της οργανωτικής και της δημόσιας πολιτικής. Αυτό έχει ως αποτέλεσμα, η χρήση καπνού στις Η.Π.Α να έχει μειωθεί ραγδαία.

Η αντιμετώπιση των επίμονων υγειονομικών προβλημάτων (π.χ., υπερβολικό βάρος/παχυσαρκία) παρακωλύεται καθώς, οι περισσότεροι άνθρωποι είναι ενήμεροι της αιτίας του προβλήματος, ωστόσο, είναι απρόθυμοι να πραγματοποιήσουν αλλαγές στον τρόπο ζωής για την πρόληψη ή την αντιστροφή της κατάστασης. Συχνά, οι «νέες» πληροφορίες (π.χ., μία νέα διαίτα) ή οι πηγές (π.χ., ένα νέο φάρμακο) μπορούν να προσελκύσουν την προσοχή και να κατευθύνουν τις θετικές αλλαγές συμπεριφοράς.

Από Milio N: A Framework for prevention: changing health-damaging to health-generating life patterns, *Am J Public Health* 66:435-439, 1976, κατόπιν αδείας.

αφορά τις συμπεριφορές που επηρεάζουν την υγεία του, με την ικανότητα της κοινωνίας να παρέχει προσβάσιμες και κοινωνικά αποδεκτές δυνατότητες για υγιεινές επιλογές. Η Milio χρησιμοποίησε αυτές τις προτάσεις για να στρέψει το ενδιαφέρον στη δημιουργία ενός πλαισίου προοδευτικότερου τρόπου σκέψης αντικρούοντας την άποψη σύμφωνα με την οποία, ένας κύριος καθοριστικός παράγοντας επιλογής μη υγιούς συμπεριφοράς είναι η έλλειψη γνώσης. Είπε ότι οι κυβερνητικές και θεσμικές πολιτικές θέτουν το πλαίσιο των επιλογών υγείας, οπότε η κοινοτική νοσηλευτική πρέπει να εξετάσει το επίπεδο υγείας της κοινότητας και να προσπαθήσει να το επηρεάσει μέσω δημόσιας πολιτικής. Αποδέχτηκε ότι το σύνολο των διαθέσιμων επιλογών υγείας είναι ιδιαίτερα σημαντικό όσον αφορά τη διαμόρφωση της κατάστασης της κοινωνικής υγείας. Πίστευε ότι η διαμόρφωση στρατηγικών σε εθνικό επίπεδο θα είχε θετικό αντίκτυπο στην υγεία των περισσότερων Αμερικανών, παρά οι προσπάθειες μετάδοσης πληροφοριών προκειμένου να αλλάξει ο τρόπος συμπεριφοράς του ατόμου.

Η Milio (1976) εισηγήθηκε ότι τα ελλείμματα που παρατηρούνται στην υγεία είναι συχνά αποτέλεσμα κακής εκτίμησης, αφενός των αναγκών υγείας του πληθυσμού και αφετέρου των πόρων που διατίθενται για τη διατήρηση της υγείας. Δήλωσε ότι οι νόσοι που σχετίζονται με την κατάχρηση

(π.χ. παχυσαρκία και αλκοολισμός) πλήττουν τις πλούσιες κοινωνίες και οι νόσοι που οφείλονται σε ανεπαρκή ή επικίνδυνη τροφή, στέγη και νερό πλήττουν τους απόρους. Σε αυτό το πλαίσιο, οι άποροι των πλούσιων κοινωνιών μπορεί να βιώσουν ένα λιγότερο επιθυμητό συνδυασμό παραγόντων. Η Milio (1976) περιέγραψε την κοινωνικοοικονομική πραγματικότητα που στερεί από τους Αμερικανούς πολίτες τη δυνατότητα να ζήσουν σε ένα υγιεινό περιβάλλον, παρά το γεγονός ότι «τα τσιγάρα, η σουκρόζη, οι ρύποι και οι εντάσεις διατίθενται απλόχερα στους απόρους». Οι προτάσεις της Milio καταγράφονται στον Πίνακα 3-2.

Οι προσωπικοί και κοινωνικοί πόροι επηρεάζουν το φάσμα των διαθέσιμων για τα άτομα προαγωγικών ή βλαπτικών για την υγεία επιλογών. Οι προσωπικοί πόροι περιλαμβάνουν την πληροφόρηση, τη γνώση, τις πεποιθήσεις του ατόμου, της οικογένειας καθώς και των φίλων του ατόμου. Τα χρήματα, ο χρόνος και το πόσο επιτακτικές είναι οι άλλες προτεραιότητες αποτελούν, επίσης, προσωπικούς πόρους. Το κοινοτικό και εθνικό σκηνικό επηρεάζει άμεσα τους κοινωνικούς πόρους. Αυτοί οι πόροι περιλαμβάνουν τη διαθεσιμότητα και το κόστος των υπηρεσιών φροντίδας υγείας, την προστασία του περιβάλλοντος, την ασφαλή στέγαση και την τιμωρία ή επιβράβευση που συνεπάγεται η μη εκλογή των δεδομένων επιλογών.

Η Milio (1976) αντέκρουσε τη θέση που εκφράζεται μέσω της αγωγής υγείας ότι η γνώση των συμπεριφορών που προάγουν την υγεία έχει ως αποτέλεσμα να δρα το άτομο σύμφωνα με αυτή τη γνώση. Για να στηρίξει το επιχείρημά της, αναφέρθηκε στον τρόπο ζωής των επαγγελματιών υγείας. Υποστήριξε ότι «οι περισσότεροι άνθρωποι, επαγγελματίες ή μη επαγγελματίες, φορείς ή καταναλωτές υπηρεσιών υγείας, τις περισσότερες φορές κάνουν τις πιο εύκολες γι' αυτούς επιλογές». Τα άτομα θα πρέπει να έχουν μεγαλύτερη πρόσβαση σε επιλογές που προάγουν την υγεία και που δεν είναι δαπανηρές, παρά σε επιλογές οι οποίες είναι βλαπτικές για την υγεία. Με αυτό τον τρόπο προάγεται τόσο η υγεία των ατόμων, όσο και η υγεία της κοινότητας. Το θεωρητικό πλαίσιο της Milio μπορεί να δώσει τη δυνατότητα στο νοσηλευτή να θέσει σε νέες βάσεις αυτή τη θεώρηση κατανοώντας την ιστορική σημασία των κοινωνικών δυνάμεων οι οποίες έχουν περιορίσει τις διαθέσιμες επιλογές των εμπλεκόμενων μερών.

Σύγκριση του Μοντέλου HBM και του Θεωρητικού Πλαισίου της Milio. Οι υγειονομικοί πόροι της Milio είναι έννοιες παρόμοιες με τις έννοιες του Μοντέλου HBM, σκοπός του οποίου είναι να βοηθήσει το νοσηλευτή να κατανοήσει τη δυναμική των προσωπικών υγιεινών τρόπων συμπεριφοράς. Το Μοντέλο HBM προσδιορίζει ευρύτερες μεταβλητές σχετικές με τις συνθήκες, όπως τα μελανά σημεία του υγειονομικού συστήματος και η επίδρασή τους στις διαδικασίες λήψης αποφάσεων από πλευράς του ατόμου. Επίσης, το Μοντέλο HBM θεωρεί ότι κάθε άτομο έχει απεριόριστη πρόσβαση σε υγειονομικούς πόρους καθώς και ελευθερία βούλησης. Αντίθετα, η Milio στήριξε το θεωρητικό της πλαίσιο στην εκτίμηση των κοινοτικών πόρων και στη διαθεσιμότητά τους στα άτομα. Επανεκτιμώντας αντίστοιχους παράγοντες, ο νοσηλευτής μπορεί να αποκτήσει βαθύτερη κατανόηση των πόρων που είναι πραγματικά διαθέσιμοι στους ανθρώπους. Η Milio παρείχε μια διαφορετική θεώρηση της κατάστασης που επικρατεί στο χώρο της συμπεριφοράς υγείας, δηλώνοντας ότι πολλά άτομα χαμηλών εισοδημάτων δρουν υπό τον περιορισμό των ανεπαρκών πόρων τους. Επιπλέον, πέρα από τις συντηρητικές αντιλήψεις και την υγεία του πληθυσμού, μελέτησε τις επιλογές σημαντικού αριθμού ανθρώπων, μέσα στα πλαίσια ενός πληθυσμού.

Σε σύγκριση με το Μοντέλο HBM, το θεωρητικό πλαίσιο της Milio προβλέπει το συνυπολογισμό των οικονομικών, πολιτικών και περιβαλλοντικών παραγόντων που καθορίζουν την υγεία. Συνεπώς, ο νοσηλευτής αποκτά μια ευρύτερη αντίληψη σε ό,τι αφορά τη διάγνωση και την ερμηνεία των προβλημάτων υγείας, ενώ το Μοντέλο HBM παρέχει μόνο δύο πιθανές εκβάσεις (π.χ., «δράση ή λήψη μέτρων» ή «αποτυχία λήψης μέτρων» ανάλογα με τις συνιστώμενες υγειονομικές ενέργειες). Το θεωρητικό πλαίσιο Milio ενθαρρύνει τους νοσηλευτές να αντιλαμβάνονται τις συμπεριφορές υγείας σε συνάρτηση με τις συνθήκες του κοινωνικού τους περιβάλλοντος.

Επιδράσεις του Θεωρητικού Πλαισίου της Milio στα

Σύγχρονα Συστήματα Υγείας. Λόγω του ευρύτερου πεδίου εφαρμογής του, το μοντέλο Milio επιτρέπει τη νοσηλευτική παρέμβαση σε πολλά επίπεδα. Για παράδειγμα, οι νοσηλευτές μπορούν να αξιολογούν τους προσωπικούς και κοινωνικούς πόρους του κάθε ασθενούς και να αναλύουν τους κοινωνικούς και οικονομικούς παράγοντες που μπορεί να αναστέλλουν τις υγιεινές επιλογές των πληθυσμών. Οι παρεμβάσεις που έχουν ως κέντρο τους τον πληθυσμό μπορεί να περιλαμβάνουν διάφορες δραστηριότητες, όπως την εφαρμογή προγραμμάτων βελτίωσης του διατροφικού περιεχομένου των σχολικών γευμάτων και την υποκίνηση για την ανάληψη πολιτικής δράσης η οποία θα στοχεύει στην αναμόρφωση της μέριμνας στην υγεία (Hobbs et al., 2004· Milio, 1981).

Σε γενικές γραμμές, τα σύγχρονα συστήματα παροχής φροντίδας υγείας αποδίδουν καλύτερα όταν καλούνται να ανταποκριθούν σε άτομα με οξείες παθήσεις που χρήζουν επείγουσας διάγνωσης. Τα άτομα εκείνα που έχουν χρόνια προβλήματα υγείας ή έχουν λιγότερο ενδιαφέρουσες διαγνώσεις δεν επωφελούνται από το σύστημα φροντίδας υγείας, παρά τις προσπάθειες της κοινοτικής και της κατ'οίκον φροντίδας να «καλύψει τα κενά». Οι νοσηλευτές, τόσο στα νοσοκομεία όσο και στις κοινοτικές υπηρεσίες, συχνά νιώθουν ότι πιέζονται από τους σοβαρούς οικονομικούς περιορισμούς, καθώς και τους περιορισμούς που αφορούν στην παροχή υπηρεσιών οι οποίοι επιβάλλονται από τρίτους πληρωτές (ασφαλιστικές εταιρίες). Αυτοί οι τρίτοι πληρωτές συχνά διακόπτουν τη νοσηλευτική φροντίδα μετά το πέρας της τελευταίας κρίσης της υγείας και δεν υποστηρίζουν τις ενέργειες που έχουν ως στόχο τη μακροπρόθεσμη βελτίωση της υγείας. Πολλά υγειονομικά συστήματα χρησιμοποιούν νοσηλευτικά κριτήρια και μηχανισμούς ασφαλιστικής αποζημίωσης που βασίζονται σε μία περιορισμένη και αποσπασματική αντίληψη για την υγεία.

Τα προσωπικά πρότυπα συμπεριφοράς δεν συνιστούν απλώς «ελεύθερες» επιλογές σχετικές με τον «τρόπο ζωής», οι οποίες είναι απομονωμένες από το προσωπικό και οικονομικό τους περιβάλλον. Ο τρόπος διαβίωσης είναι ένα πρότυπο επιλογών που διαμορφώνεται από τις διαθέσιμες εναλλακτικές επιλογές, σύμφωνα με τις κοινωνικοοικονομικές συνθήκες των ανθρώπων και το πόσο εύκολα μπορούν αν επιλέξουν τη μία ή την άλλη εναλλακτική λύση (Milio, 1981). Συνεπώς, είναι επιτακτική ανάγκη, η νοσηλευτική να ασκείται υπό το πρίσμα μιας ευρύτερης αντίληψης για την υγεία, τη νόσο και τη δυστυχία. Οι νοσηλευτές δημόσιας υγείας πρέπει συχνά να εργάζονται τόσο σε ατομικό, όσο και σε κοινωνικό επίπεδο. Όπως πρότεινε η Milio, δεν υπάρχουν μόνο ατομικές συμπεριφορές, αλλά και το κοινωνικο-οικονομικό πλαίσιο εντός του οποίου συντελούνται. Αυτό φαίνεται στον Πίνακα 3-3, που δείχνει ότι η αλλαγή μπορεί να επικεντρώνεται είτε στο ατομικό, είτε στο κοινωνικό επίπεδο.

Κριτική Κοινωνική Θεωρία

Ομοίως με το θεωρητικό πλαίσιο της Milio, η **Κριτική Κοινωνική Θεωρία** χρησιμοποιεί την κοινωνική γνώση

ΠΙΝΑΚΑΣ 3-3 ΣΥΓΚΡΙΣΗ ΤΩΝ ΑΤΟΜΙΚΩΝ ΚΑΙ ΚΟΙΝΩΝΙΚΩΝ ΕΠΙΠΕΔΩΝ ΑΛΛΑΓΗΣ

ΑΤΟΜΙΚΟ ΕΠΙΠΕΔΟ	ΚΟΙΝΩΝΙΚΟ ΕΠΙΠΕΔΟ
Το άτομο είναι το επίκεντρο της αλλαγής	Η κοινωνία/κοινότητα είναι το επίκεντρο της αλλαγής
Μικροσκοπικό	Μακροσκοπικό
Υπογραμμίζονται οι δραστηριότητες με την κατεύθυνση του ρεύματος	Υπογραμμίζονται οι δραστηριότητες με επίκεντρο την πρόληψη (upstream)
Θεωρίες: 1. Νοσηλευτική θεωρία της έλλειψης αυτοφροντίδας της Orem 2. Το μοντέλο πίστης στην υγεία (HBM)	Θεωρίες: α. Το πλαίσιο Milio σχετικά με την πρόληψη β. Κριτική κοινωνική θεωρία

προκειμένου να αποκαλυφθούν οι κοινωνικές ανισότητες που δεν επιτρέπουν στους ανθρώπους να έχουν πλήρη πρόσβαση των δυνατοτήτων τους. Αυτή η θεωρητική προσέγγιση διαμορφώθηκε με βάση την πεποίθηση ότι, οι κοινωνικές αντιλήψεις συγκροτούν τη ζωή μέσω της κοινωνικής εξουσίας. «Η κριτική προσέγγιση» μπορεί να χρησιμοποιηθεί για την κατανόηση τη σχέσης μεταξύ του υγειονομικού συστήματος και των ευρύτερων πολιτικών, οικονομικών και κοινωνικών συστημάτων. (Waitzkin, 1983, σελ. 5). Σύμφωνα με τον Navaγγο (1976), στην *Ιατρική υπό το πρίσμα του Καπιταλισμού, το σύστημα υγείας αντικατοπτρίζει την πολιτική δομή μιας διευρυνμένης κοινωνίας. Σύμφωνα με τους Conrad και Leiter (2012) η κριτική κοινωνική θεωρία είναι αυτή που δεν συμφωνεί με την παρούσα δομή υγείας όπως αυτή υφίσταται. Η Κριτική Κοινωνική Θεωρία δεν αποδέχεται το λάθος ή το σωστό απλά επειδή έτσι ίσχυε στο παρελθόν. Οι κοινωνικές απόψεις για την υγεία και την ασθένεια είναι αρκετά περίπλοκες για να χρησιμοποιήσουμε μόνο μια προσέγγιση. Αυτή η Κριτική Κοινωνική Θεωρία θεωρεί ότι η υγεία και η ασθένεια εμπεριέχουν κοινωνικές και προσωπικές αξίες και ότι αυτές οι αξίες πρέπει να είναι σαφείς για να αντιμετωπιστούν σωστά τα προβλήματα ασθενειών και ιατρικής περίθαλψης. Αυτή η προσέγγιση διαμορφώνεται από τις ακόλουθες αξίες και συμπεράσματα:*

- Τα προβλήματα και οι ανισότητες της υγείας και της ιατρικής περίθαλψης συνδέονται με συγκεκριμένα πλάνα ιστορικής κοινωνικής προέλευσης και τις πολιτισμικές αξίες της κοινωνίας.
- Η Ιατρική περίθαλψη πρέπει να έχει ως στόχο την πρόληψη νοσημάτων και ασθενειών.
- Οι προτεραιότητες οποιουδήποτε συστήματος ιατρικής περίθαλψης πρέπει να έχουν ως βάση τις ανάγκες των ατόμων/του πληθυσμού και όχι των φορέων ιατρικής φροντίδας.
- Τέλος, η ίδια η κοινωνία πρέπει να αλλάξει έτσι ώστε η υγειονομική περίθαλψη να βελτιωθεί. (Conrad and Leiter, 2012).

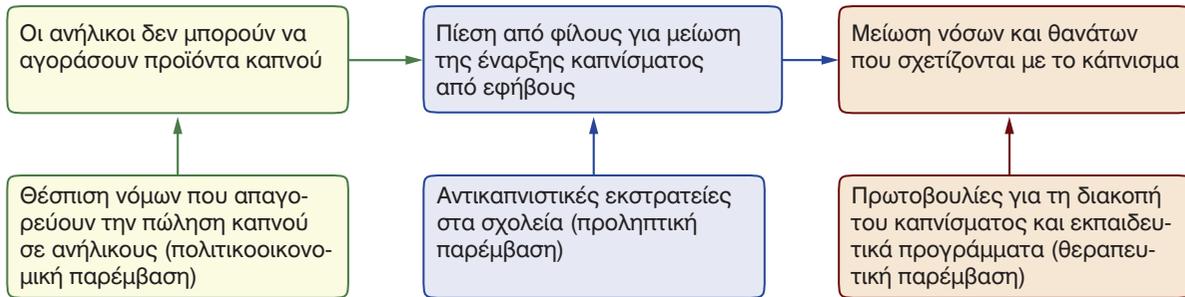
Οι Stevens και Hall (1992) χρησιμοποίησαν κριτική προοπτική θεώρηση στη νοσηλευτική για να ασχοληθούν με τις μη ασφαλείς γειτονιές, καθώς και με τα οικονομικά, πολιτικά και κοινωνικά ελλείματα των κοινοτήτων αυτών. Οι οπαδοί αυτής της θεωρητικής προσέγγισης υποστηρίζουν

ότι οι κοινωνικές συναλλαγές οι οποίες δεν επηρεάζονται από τις ανισοκατανομές της κοινωνικής εξουσίας θα επιτρέψουν την ανάπτυξη μιας πιο δίκαιης κοινωνίας (Allen, Diekelmann & Benner, 1986). Η Κριτική Κοινωνική θεωρία βασίζεται στην άποψη ότι τα κριτήρια της αλήθειας καθορίζονται από την κοινωνία και ότι όλες οι μορφές κοινωνικής έρευνας έχουν αξία. Οι Allen και συν. (1986) δήλωσαν «Δε μπορούμε να διαχωρίσουμε τη θεωρία από την αξία, όπως ισχυρίζονται οι εμπειριστές. Κάθε θεωρία διέπεται από αξίες».

Εφαρμογή της Κριτικής Κοινωνικής Θεώρησης.

Το κριτικό θεωρητικό πλαίσιο έχει εφαρμοστεί στην κοινωνική νοσηλευτική. Η εφαρμογή της Κριτικής Κοινωνικής θεωρίας είναι ορατή όταν η μέριμνα της υγείας χρησιμοποιείται ως μορφή κοινωνικού ελέγχου. Η λειτουργία του κοινωνικού ελέγχου στη μέριμνα υγείας χρησιμοποιείται για να επιβάλλει στους ασθενείς την αφοσίωση στους κανόνες πρότερων συμπεριφοράς. Αυτό επιτυγχάνεται μέσω της ιατροποίησης πολλών διαφορετικών ψυχολογικών και κοινωνικών θεμάτων. Η ιατροποίηση αναγνωρίζει ή κατηγοριοποιεί (μια κατάσταση ή συμπεριφορά) ως διαταραχή που απαιτεί ιατρική περίθαλψη ή παρέμβαση. Παραδείγματα ιατροποίησης σχετίζονται με τη σεξουαλικότητα, την οικογενειακή ζωή, τη γήρανση, τις μαθησιακές δυσκολίες και το θάνατο (Conrad, 1975, 1992· Zola, 1972). Η ιατροποίηση μπορεί να ενσωματώνει πολλές πλευρές της ιατρικής φροντίδας από τον τοκετό και τις αλλεργίες μέχρι την υπερκινητικότητα και τα νοσοκομεία τα οποία κυριαρχούνται από το ιατρικό επάγγελμα και τις ερμηνείες της υγείας και της ασθένειας. Όταν τα κοινωνικά προβλήματα ιατροποιούνται υπάρχει πάντα κέρδος. Αυτό μπορεί να παρατηρηθεί όταν ένας ασθενής άμεσα λαμβάνει συνταγογράφηση για φαρμακευτική περίθαλψη πριν ακόμη το κοινωνικό αίτιο της ασθένειας εντοπιστεί από τον φορέα υγείας. Η χρήση ιατρικών θεραπειών για «ανεπιθύμητη συμπεριφορά» έχει εφαρμοστεί σε όλη την ιστορική διαδρομή της υγείας και περιλαμβάνει τη λοβοτομή για τη θεραπεία ψυχιατρικών νοσημάτων και την τοποθέτηση τεχνητών διεγερτών για τα προβλήματα μέσα στην τάξη.

Στο πλαίσιο αυτό, ο νοσηλευτής μπορεί να εξετάσει τον τρόπο με τον οποίο οι έννοιες της δύναμης και της εξουσίας επηρεάζουν την πρόσβαση σε ποιοτική παιδική φροντίδα.



ΕΙΚΟΝΑ 3-2 Το μοντέλο της συνέχειας των συμπεριφορών υγείας και των αντίστοιχων εστιών παρέμβασης του McKinlay εφαρμοσμένο στο κάπνισμα. (McKinlay J: A case for refocusing upstream: the political economy of illness. In Gartley J, editor: Patients, physicians and illness: a sourcebook in behavioral science and health, New York, 1979, Free Press, pp 9-25.)

(Kuokkanen and Leino-Kilpi, 2000). Ο νοσηλευτής μπορεί να συγκρίνει την πολιτική ενός οργανισμού κατόπιν συνεντεύξεων με εργαζομένους οι οποίοι πιστεύουν ότι ο οργανισμός δεν επιτρέπει την επίτευξη ποιοτικής παιδικής φροντίδας. Η ανάλυση των δεδομένων μπορεί επίσης να περιλαμβάνει μία εξέταση των συμφερόντων των εργαζομένων και της διοίκησης, όσον αφορά την προώθηση της κοινωνικής αλλαγής σε αντίθεση με τη διατήρηση του υπάρχοντος καθεστώτος.

Ο Wild (1993) χρησιμοποίησε την Κριτική Κοινωνική θεωρία για να αναλύσει τις κοινωνικές, πολιτικές και οικονομικές συνθήκες που σχετίζονται με το κόστος των συνταγογραφούμενων αναλγητικών και την αντίστοιχη οικονομική επιβάρυνση των πελατών που χρειάζονται αυτά τα φάρμακα. Ο Wild συνέκρινε τις γενικές τάσεις τιμολόγησης των φαρμάκων με τους ρυθμούς του πληθωρισμού σε άλλα αγαθά. Η μελέτη έδειξε ότι οι τεχνικές πώλησης στο χώρο της φαρμακοβιομηχανίας καθώς και η πολιτική της άμεσης προώθησης των φαρμάκων στους γιατρούς, απομάκρυναν τη φαρμακοβιομηχανία από τις ανάγκες των ασθενών-πελατών. Η ανάλυση του Wild προσδιόρισε τις νοσηλευτικές ενέργειες οι οποίες δεν θα λαμβάνονταν υπόψη στο πλαίσιο μιας συντηρητικής ανάλυσης, όπως ενδιαφέρουσες στρατηγικές τιμολόγησης εκ μέρους των ομάδων των πελατών.

Ενδιαφέρουσες Απόψεις σχετικά με την Πρόληψη υπό το Πρίσμα της Κριτικής Κοινωνικής Θεώρησης. Το Μοντέλο HBM και το μοντέλο Milio σχετικά με την πρόληψη εστιάζονται στις προσωπικές συμπεριφορές υγείας από την άποψη της αποφυγής της ασθένειας ή της πρόληψης. Οι νοσηλευτές μπορούν επίσης να αναλύσουν αυτό το φαινόμενο με βάση την Κριτική Κοινωνική θεωρία. Για μια ακόμη φορά, η μεταφορά του McKinlay σχετικά με τις προοδευτικές αντιλήψεις αναφέρεται στους εργαζομένους οι οποίοι ήταν τόσο απορροφημένοι στην προσπάθειά τους να διασώσουν τους ασθενείς από το ποτάμι, που δεν κοίταζαν αντίθετα στο ρεύμα για να διαπιστώσουν ποιος έσπρωχνε τους ασθενείς στο νερό. Στο ίδιο άρθρο, ο McKinlay χρησιμοποίησε αυτή τη μεταφορά για να θέσει τη ρητορική ερώτηση «Πόσο προληπτική είναι η πρόληψη;». Με βάση αυτή την τακτική, συνέκρινε τις διαφορετικές στρατηγικές παρέμβασης που στοχεύουν στη

βελτίωση της προληπτικής συμπεριφοράς. Στην Εικόνα 3-2 παρουσιάζεται το μοντέλο McKinlay που αντιπαραθέτει τους διαφορετικούς τρόπους πρόληψης. Συσχέτισε τις θεραπευτικές παρεμβάσεις και τις παρεμβάσεις τροποποίησης του τρόπου ζωής των επαγγελματιών υγείας με μια προοδευτική αντίληψη της εικόνας της υγείας. Ο μεγαλύτερος αριθμός των υποτιθέμενων προληπτικών ενεργειών απέτυχε να ανατρέψει την πορεία της νόσου στο ξεκίνημά της. Οι πολιτικοοικονομικές παρεμβάσεις εξακολουθούν να αποτελούν τον πιο αποτελεσματικό τρόπο εξέτασης των παραγόντων που καθορίζουν την υγεία του πληθυσμού και την αντιμετώπιση της ασθένειας στα αρχικά της στάδια.

Ο McKinlay (1979) περιέγραψε λεπτομερώς τις δραστηριότητες των «κατασκευαστών της ασθένειας – τα άτομα εκείνα, τις ομάδες συμφερόντων και τους οργανισμούς που εκτός από την παραγωγή υλικών αγαθών και την παροχή υπηρεσιών, παράγουν αναπόφευκτα και ένα ακόμα υποπροϊόν, την ευρέως διαδεδομένη νοσηρότητα και θνησιμότητα». Οι ιθύνοντες της ασθένειας εντάσσουν τις επιθυμητές συμπεριφορές στα κυρίαρχα πολιτισμικά πρότυπα και έτσι ενθαρρύνουν τον πληθυσμό να ακολουθεί συμπεριφορές εξαιρετικά επικίνδυνες για την υγεία του. Τα ανθυγιεινά καταναλωτικά πρότυπα εντάσσονται στην καθημερινή ζωή. Για παράδειγμα, το αμερικανικό εορταστικό τραπέζι είναι ένα από παράδειγμα της «υιοθέτησης επικίνδυνων συμπεριφορών σε σχέση με τον πολιτισμό». Το υπάρχον υγειονομικό σύστημα επιδίδεται σε μια λανθασμένη προσπάθεια αλλαγής των προϊόντων των ιθύνοντων της ασθένειας και παραβλέπει τις διεργασίες που οδηγούν στη δημιουργία αυτών των προϊόντων. Οι ιθύνοντες της ασθένειας έχουν στη διάθεση τους καθημερινά παραδείγματα όπως την καπνοβιομηχανία, τη βιομηχανία αλκοολούχων ποτών και πολλές εταιρίες που παράγουν περιβαλλοντικές καρκινογενέσεις.

Ο Waitzkin (1983) ασχολήθηκε περαιτέρω με αυτό το θέμα ισχυριζόμενος ότι η βαρύτητα που δίνει το υγειονομικό σύστημα στον τρόπο ζωής αποσπά την προσοχή από τις σημαντικές αιτίες της ασθένειας στο πλαίσιο του καπιταλιστικού βιομηχανοποιημένου περιβάλλοντος και «μεταθέτει το φορτίο της υγείας στο άτομο αντί να αναζητά συλλογικές λύσεις στα προβλήματα υγείας». Ο Salmon

ΠΙΝΑΚΑΣ 3-4 ΚΡΙΤΙΚΗ ΑΛΛΗΛΕΠΙΔΡΑΣΗ: ΣΥΓΚΡΙΣΗ ΕΠΙΚΕΝΤΡΩΣΗΣ ΣΥΜΦΩΝΑ ΚΑΙ ΑΝΤΙΘΕΤΑ ΜΕ ΤΟ ΡΕΥΜΑ

ΠΡΟΒΛΗΜΑ	ΕΠΙΚΕΝΤΡΩΣΗ ΣΥΜΦΩΝΑ ΜΕ ΤΟ ΡΕΥΜΑ (ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ)	ΕΠΙΚΕΝΤΡΩΣΗ ΑΝΤΙΘΕΤΑ ΜΕ ΤΟ ΡΕΥΜΑ (ΠΡΟΛΗΨΗ)	ΚΡΙΤΙΚΗ ΑΛΛΗΛΕΠΙΔΡΑΣΗ: ΜΙΑ ΠΡΟΣΕΓΓΙΣΗ ΣΥΜΦΩΝΑ ΚΑΙ ΑΝΤΙΘΕΤΑ ΜΕ ΤΟ ΡΕΥΜΑ
Ασθενείς: Ποσοστά παχυσαρκίας	Στρατηγικές ατομικής συμπεριφοράς για τη μείωση του βάρους Αλλαγές τρόπου ζωής Βαριατρική χειρουργική επέμβαση: Περιεγχειρητική Νοσηλευτική Φροντίδα	Αλλαγές πολιτικής υγείας Αυτόματα μηχανήματα στα σχολεία με πιο υγιεινές επιλογές Τροποποιήσεις του προγράμματος σίτισης στο σχολείο Στοχοποίηση εταιρειών που έχουν κέρδος από την παχυσαρκία	Εξατομικευμένες στρατηγικές με απώλεια βάρους σε συνδυασμό με αλλαγές συστήματος Κοινωνική προώθηση σε αμφότερα τα επίπεδα
Ασθενής ή νοσηλευτής: Βία στο χώρο εργασίας	Αλλαγή συμπεριφοράς σε ατομικό επίπεδο Προγράμματα στο χώρο εργασίας για τη μείωση της βίας	Καθορισμός οργανωτικών παραγόντων που προάγουν τη βία στο χώρο εργασίας Ποιες οργανωτικές δομές διακινούν τη βία στο χώρο εργασίας;	Ανάγκη αλλαγής γνώσης και ικανοτήτων για την αντιμετώπιση του προβλήματος της βίας στο χώρο εργασίας σε αμφότερα τα επίπεδα (σύμφωνα και κόντρα στο ρεύμα)
Νοσηλευτές: Λάθη στο χώρο εργασίας	Επικέντρωση στο άτομο: Ανάλυση της γενεσιουργού αιτίας με επίκεντρο το άτομο Μεταβολή συμπεριφοράς του νοσηλευτή Εκ νέου εκπαίδευση νοσηλευτών που υπέπεσαν σε λάθη στο χώρο εργασίας	Απαιτούνται συστημικές αλλαγές Ποιοι συστημικοί παράγοντες οδηγούν σε λάθη στο χώρο εργασίας; Ποιες οργανωτικές δομές διακινούν τα λάθη στο χώρο εργασίας;	Διττή προσέγγιση: Οι πάροχοι χρειάζονται αλλαγές στη γνώση και στις δεξιότητες για να αντιμετωπίσουν τις γενεσιουργές αιτίες των λαθών στο χώρο εργασίας, μετακινώντας το επίπεδο παρέμβασης από το άτομο στο σύστημα

Από Martins DC, Burbank P: Critical interactionism: an upstream-downstream approach to health care reform, *Advances in Nursing Science* 34(4):315-329, 2011.

(1987) υποστήριξε αυτή την τοποθέτηση τονίζοντας ότι οι βασικές θεωρίες της ιατρικής στο δυτικό κόσμο προάγουν την κατανόηση των παραγόντων της ατομικής υγείας και ασθένειας και αποσιωπούν τη διερεύνηση της κοινωνικής και οικονομικής τους προέλευσης. Δήλωσε ότι η Κριτική Κοινωνική Θεωρία «μπορεί να βοηθήσει στην αποκάλυψη των παραγόντων που επηρεάζουν σημαντικά την υγεία και οι οποίοι περνούν συχνά απαρατήρητοι ή παρερμηνεύονται λόγω ιδεολογικών προκαταλήψεων. Είναι λοιπόν εφικτή η κατανόηση και η αλλαγή της κοινωνικής πραγματικότητας, σε σχέση με τα υγειονομικά προβλήματα».

Την τελευταία δεκαετία έχει χρησιμοποιηθεί μια θεωρητική προσέγγιση με συμβολική αλληλεπίδραση Πρόκειται για μια θεωρία που επικεντρώνεται κυρίως στο άτομο και τη σημασία των καταστάσεων. **Η κριτική αλληλεπίδραση** συνδυάζει τις δύο θεωρίες για να αντιμετωπίσει ορισμένα προβλήματα τόσο στο επίπεδο της πρόληψης όσο και σε εκείνο των επιπτώσεων, με σκοπό να υλοποιηθούν αλλαγές στο σύστημα υγείας (Burbank and Martins, 2010· Martins and Burbank, 2011). Οι νοσηλευτές μπορούν να χρησιμοποιήσουν και τις δύο προσεγγίσεις για να αντιμετωπίσουν προβλήματα με την κριτική αλληλεπίδραση (Πίνακας 3-4).

Οι νοσηλευτές, όπου κι αν εργάζονται, καλούνται να κατανοήσουν και να ανταποκριθούν στη συλλογική υγεία, στα πλαίσια ενός υγειονομικού συστήματος που ευνοεί την κατανομή των πόρων προς όφελος του ατόμου. Η Ομάδα Tavistock (1999) δημοσίευσε έναν αριθμό ηθικών αρχών στον οποίο διαφαίνεται αυτή η αντιπαράθεση σημειώνο-

ντας ότι «η φροντίδα των ατόμων αποτελεί το κέντρο του συστήματος παροχής φροντίδας υγείας, αλλά θα πρέπει να εντάσσεται στο πλαίσιο μιας συνεχούς προσπάθειας για τη βελτιστοποίηση της υγείας των ομάδων και των πληθυσμών». Η θέση αυτή δείχνει καθαρά το δυτικό τρόπο σκέψης, που σε γενικές γραμμές δίνει προτεραιότητα στην υγεία του ατόμου και όχι του συνόλου. Αν και οι νοσηλευτές μπορούν να κατανοήσουν την έννοια της ατομικής φροντίδας, σε ό,τι αφορά την παροχή φροντίδας υγείας, θα πρέπει ωστόσο, να εξετάσουν και τη μετατόπιση αυτής της αρχής. Αυτό θα βοηθήσει το νοσηλευτή να εξετάσει ένα σύστημα

ΔΡΑΣΤΗΡΙΟΤΗΤΕΣ ΕΚΜΑΘΗΣΗΣ

- Επιλέξτε μία θεωρία ή εννοιολογικό μοντέλο. Αξιολογήστε τη δυναμική τους όσον αφορά την κατανόηση της υγείας των ατόμων, των οικογενειών, ενός πληθυσμού 400 παιδιών κάποιου δημοτικού σχολείου, μιας κοινότητας 50.000 κατοίκων και 2.000 εργαζομένων ενός σωματείου.
- Προσδιορίστε ένα πρόβλημα υγείας (π.χ. κατάχρηση ουσιών, ενδοοικογενειακή βία ή καρδιαγγειακή πάθηση) που επικρατεί στην κοινότητα ή στην πόλη. Αναλύστε το πρόβλημα χρησιμοποιώντας δύο διαφορετικές θεωρίες ή εννοιολογικά μοντέλα. Το ένα θα πρέπει να δίνει έμφαση στους παράγοντες που καθορίζουν την υγεία του ατόμου και το άλλο στους παράγοντες που καθορίζουν την υγεία του πληθυσμού. Ποιες είναι οι διαφορές, όσον αφορά τον τρόπο με τον οποίο αυτές οι διαφορετικές διαστάσεις καθοδηγούν τη νοσηλευτική πράξη;

ΗΘΙΚΕΣ ΑΝΑΖΗΤΗΣΕΙΣ

Κοινωνική Αδικία στην Άσκηση με Βάση την Κοινότητα

Ο Chafey (1996) αναφέρεται στην «εφαρμογή της δικαιοσύνης στην άσκηση που βασίζεται στην κοινότητα» και παρατηρεί ότι η νοσηλευτική έχει μία πλούσια ιστορική κληρονομιά στον τομέα των κοινωνικών δραστηριοτήτων δικαιοσύνης. Αν και οι πράξεις κοινωνικής δικαιοσύνης υφίστανται στον τομέα της νοσηλευτικής πρακτικής, πολλά ηγετικά στελέχη πιστεύουν ότι ο συνεχής αγώνας για αναζήτηση πόρων, ενδέχεται να επηρεάζει αρνητικά το πεδίο εφαρμογής των κοινωνικών δραστηριοτήτων μέσα στα πλαίσια των κοινοτικών υγειονομικών συστημάτων. Επιπλέον, οι πολιτικές της σύγχρονης ομοσπονδιακής κυβέρνησης συχνά, δίνουν έμφαση στις αξίες της δικαιοσύνης της αγοράς εις βάρος των αξιών της κοινωνικής δικαιοσύνης. Η δικαιοσύνη της αγοράς αναφέρεται στην αρχή ότι, οι άνθρωποι αποτιμώνται σύμφωνα με αξίες όπως το οικονομικό επίπεδο και το εισόδημά τους, όταν τις αποκτούν σύμφωνα με τους θεσπισμένους κανονισμούς. Αντίθετα, η κοινωνική δικαιοσύνη αναφέρεται στην αρχή ότι, όλοι οι πολίτες έχουν ίσα δικαιώματα αλλά και υποχρεώσεις στην κοινωνία (Drendahl et al., 2001). Οι παραπάνω έννοιες είναι σύνθετες και δεν μπορούν να διακριθούν εύκολα υπό τη μορφή ενός σαφούς συνόλου κανονισμών ή νοσηλευτικών πολιτικών. Ωστόσο, στα πλαίσια της κοινοτικής νοσηλευτικής, η υγεία (και συνεπώς και η ιατρική περίθαλψη) θεωρείται δικαίωμα παρά προνόμιο. Θα μπορούσαμε να πούμε ότι στο βαθμό στον οποίο μερικοί πολίτες αδυνατούν να έχουν πρόσβαση στην υγειονομική περίθαλψη εξαιτίας του εισοδήματός, της φυλής, των υγειονομικών αναγκών ή άλλων παραγόντων, η κοινωνία μας πάσχει στο σύνολό της. Οι νοσηλευτές θα πρέπει «να σταθούν στο πλευρό» των προϊσταμένων νοσηλευτών του παρελθόντος και να δρουν για την προάσπιση της υγειονομικής πρόσβασης σε όλους τους πολίτες.

φροντίδας υγείας το οποίο θα θέτει την κοινότητα στο κέντρο της φροντίδας και παράλληλα θα διασφαλίζει τα υγειονομικά οφέλη του ατόμου. Ευτυχώς, αυτές οι απόψεις περί υγειονομικών συστημάτων δεν αλληλοαναιρούνται και οι νοσηλευτές μπορούν να κατανοήσουν τη διπλή υπόσταση των αναγκών υγείας.



HEALTHY PEOPLE 2020

Το πρόγραμμα Υγιείς Άνθρωποι 2020 έχει μετατοπιστεί σαφώς στο επίπεδο του πληθυσμού με την προσθήκη κοινωνικών προσδιοριστικών παραγόντων υγείας. Αυτό το πεδίο σχεδιάστηκε για τον εντοπισμό τρόπων δημιουργίας κοινωνικού και υλικού περιβάλλοντος που να προάγει την καλή υγεία για όλους. Όλοι οι Αμερικανοί αξίζουν ίσες ευκαιρίες επιλογών που οδηγούν σε καλή υγεία. Αλλά για να διασφαλιστεί ότι όλοι οι Αμερικανοί έχουν αυτές τις ευκαιρίες, απαιτούνται εννοϊκές εξελίξεις όχι μόνο στην υγειονομική



ΣΗΜΑΝΤΙΚΑ ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΑ ΕΥΡΗΜΑΤΑ

Αξιολόγηση της Αιτίας στους Πληθυσμούς Αστέγων

Η συγκεκριμένη μελέτη διερεύνησε τη συσχέτιση μεταξύ της κατάστασης θρέψης, της επισιτιστικής ανασφάλειας και του κινδύνου για την υγεία σε έναν πληθυσμό αστεγών στην περιοχή Rhode Island (RI) των ΗΠΑ. Επρόκειτο για μελέτη συσχέτισης με δείγμα 319 αστεγών ενηλίκων στους οποίους εξετάστηκε η δυνατότητα πρόσβασης τους σε τροφές πρώτης ανάγκης, ξενώνες αστεγών, αλλά και στο Πρόγραμμα Υποστήριξης Συμπληρωματικής Διατροφής (Supplemental Nutrition Assistance Program, SNAP). Τα ανθρωπομετρικά δεδομένα περιελάμβαναν το ύψος, το βάρος και την περιφέρεια μέσης. Επίσης, συμπληρώθηκαν ημερολόγια 24ωρης διατροφής. Τα ευρήματα της μελέτης έδειξαν ότι οι συμμετέχοντες χαρακτηρίζονταν από κατανάλωση ανεπαρκών ποσοτήτων λαχανικών, φρούτων, γαλακτοκομικών προϊόντων, κρέατος και φασολιών, αλλά προσελάμβαναν με τη διατροφή τους υπέρμετρες ποσότητες λιπών. Το 70% του δείγματος ήταν υπέρβαροι ή παχύσαρκοι. Το 94% χαρακτηρίζονταν από επισιτιστική ανασφάλεια. Μόνο το 55% είχαν παροχές SNAP. Οι συμμετέχοντες με παροχές SNAP εξέφρασαν τις ανησυχίες τους σχετικά με την απουσία κουζίνας ή δυνατότητας αποθήκευσης και προετοιμασίας φαγητού.

Τα αποτελέσματα της μελέτης οδήγησαν σε αλλαγή πολιτικών υγείας στο RI. Το SNAP επεκτάθηκε ώστε να συμπεριλάβει ένα Πρόγραμμα Γευμάτων Εστιατορίων, ώστε οι άστεγοι, οι ηλικιωμένοι και οι έχοντες ανικανότητα να μπορούν να χρησιμοποιούν τις παροχές του SNAP για την παρασκευή φαγητού. Αυτές οι παροχές εφαρμόζονται τώρα σε ολόκληρη την Πολιτεία.

Δεδομένα από Martins DC., et al.: Assessment of food intake, obesity and health risk among the homeless in Rhode Island, Public Health Nursing 32(5):453-461, 2015.

περίθαλψη, αλλά και στους τομείς της εκπαίδευσης, της φροντίδας των παιδιών, της στέγασης, της εργασίας, του νόμου, των μέσων ενημέρωσης, του κοινοτικού σχεδιασμού, των μεταφορών και της αγροτικής οικονομίας. Οι εξελίξεις αυτές περιλαμβάνουν τη συνεργασία για (1) την διερεύνηση τρόπων, με τους οποίους προγράμματα, πρακτικές και πολιτικές σε αυτούς τους τομείς επηρεάζουν την υγεία ατόμων, οικογενειών και κοινοτήτων, (2) την καθιέρωση κοινών στόχων, συμπληρωματικών ρόλων και συνεχιζόμενων δημιουργικών σχέσεων μεταξύ του τομέα της υγείας και των άλλων τομέων και (3) την μεγιστοποίηση των δυνατοτήτων συνεργασίας μεταξύ ομοσπονδιακών, κρατικών και τοπικών παραγόντων που σχετίζονται με τους κοινωνικούς καθοριστικούς παράγοντες υγείας στις Η.Π.Α. (U.S. Department of Health and Human Services, 2017).

Οι φωτογραφίες που παρατίθενται στο παρόν κεφάλαιο παρουσιάζουν περιβαλλοντικά ζητήματα υγείας και τις προσπάθειες των νοσηλευτών να τις επιλύσουν:

ΝΟΣΗΛΕΥΤΕΣ ΠΟΥ ΕΡΓΑΖΟΝΤΑΙ ΣΤΟΝ ΤΟΜΕΑ ΤΗΣ ΠΕΡΙΒΑΛΛΟΝΤΙΚΗΣ ΥΓΙΕΙΝΗΣ ΜΕ ΠΟΙΚΙΛΟΥΣ ΤΡΟΠΟΥΣ



Απορρίμματα ορυχείου στην αγροτική δύση μπορεί να είναι συνεχής απειλή για τους κατοίκους της περιοχής. Νοσηλευτές πήραν μέρος στις προσπάθειες υποστήριξης για να εξασφαλίσουν την τακτική εξέταση των κατοίκων για έκθεση σε μόλυβδο. Οι νοσηλευτές μπορούν να κάνουν ενεργές προσπάθειες αποτροπής περιβαλλοντικών καταστροφών στο μέλλον.



Μια νοσηλεύτρια κοινωνικής υγείας επιθεωρεί το μέρος όπου υπάρχει κηλίδα στην ασφάλτο από ένα αγροτικό αυτοκίνητο. Κηλίδες επικίνδυνων υλικών συναντώνται συχνά σε απομακρυσμένες περιοχές μακριά από υπηρεσίες υγειονομικής περίθαλψης. Ένα διευρυμένο πλαίσιο σκέψης επιτρέπει στους νοσηλευτές να σκεφτούν προοδευτικά και να ενσωματώσουν τους περιβαλλοντικούς κινδύνους στη λήψη αποφάσεων των θεμάτων της κοινότητας.



Μια κοινωνική νοσηλεύτρια διδάσκει περιβαλλοντική υγεία για τους τοπικούς νοσηλευτές. Η περιβαλλοντική υγεία αποτελεί σημαντικό μέρος της πρακτικής της κοινωνικής νοσηλεύτριας.



Οι πολίτες μπορεί να είναι ανίδεοι για τις βιολογικές και χημικές μολύνσεις στο πόσιμο νερό. Οι νοσηλευτές διαδραματίζουν ενεργό ρόλο στην εξέταση του νερού και στην ανακοίνωση των αποτελεσμάτων στα μέλη της κοινότητας. Όταν υπάρχει διευρυμένη σκέψη για την υγεία, οι νοσηλευτές αντιλαμβάνονται και εξετάζουν τους κινδύνους με νέους τρόπους.



Μια επαγγελματίας νοσηλεύτρια μελετάει εκπαιδευτικό υλικό που αφορά εργασιακούς και περιβαλλοντικούς κινδύνους υγείας. Παρέχει οδηγίες στους πελάτες της και δουλεύει για να μειώσει τους κινδύνους και να ενθαρρύνει τους πελάτες της να δραστηριοποιηθούν για να μειώσουν τους προσωπικούς αλλά και τους κοινοτικούς κινδύνους.

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Η βιβλιογραφία νοσηλευτικής και υγείας συχνά εστιάζεται σε θέματα πρόσβασης ιατρικής περίθαλψης. Αυτό το θέμα είναι ενδιαφέρον καθώς υπάρχουν τρομερές ανισότητες για την παροχή ιατρικής περίθαλψης ανάμεσα σε ασφαλισμένους και ανασφάλιστους στις Ηνωμένες Πολιτείες. Η πρόσβαση στην περίθαλψη σχετίζεται με οικονομικούς, κοινωνικούς και πολιτικούς παράγοντες και ανάλογα με τις ατομικές και πληθυσμιακές ανάγκες μπορεί να είναι πρωταρχική συνιστώσα της κατάστασης υγείας και διαβίωσης. Δομικές μεταβλητές όπως η εθνικότητα, το εκπαιδευτικό επίπεδο, το γένος και το εισόδημα μπορεί να προκαθορίζουν την κατάσταση της υγείας. Αυτό το είδος των παραγόντων οι οποίοι επίσης βασίζονται στο κοινωνικοπολιτικό και οικονομικό περιβάλλον, προσδιορίζουν τους παράγοντες κινδύνου για κακή υγεία και τις ευκαιρίες για παρεμβάσεις βασισμένες στην κοινότητα.

Οι κοινοτικοί νοσηλευτές έχουν διαδραματίσει σημαντικό ρόλο στις σωτήριες για τη ζωή προόδους που έχουν συντελεσθεί στους τομείς της υγιεινής, των μεταδοτικών νόσων και των περιβαλλοντικών συνθηκών, τις οποίες η σημερινή κοινωνία θεωρεί δεδομένες. Η κοινοτική νοσηλευτική βοηθά στην ανάπτυξη ενός ευρύτερου πλαισίου άσκησης νοσηλευτικής διότι οι κοινοτικές υπηρεσίες υγείας είναι από τη φύση τους λιγότερο περιοριστικές από τα νοσοκομεία. Οι Clarke και Cody (1994) συνέκριναν τα περιβαλλοντικά χαρακτηριστικά των κοινοτικών υπηρεσιών και των νοσοκομείων. Εισηγήθηκαν ότι η δυναμική φύση των κοινοτικών υπηρεσιών υγείας είναι καταλληλότερη για την εκπαίδευση των επαγγελματιών νοσηλευτών.

Σε μία συζήτηση σχετικά με το μέλλον της κοινοτικής νοσηλευτικής, ο Bellack (1998) κάνει τη διάκριση μεταξύ των εννοιών «νοσηλευτική στην κοινότητα» και «νοσηλευτική με την κοινότητα». Αυτός ο συνοπτικός επαναπροσδιορισμός του νοσηλευτικού ρόλου ενισχύει τη γνώμη ότι το υγειονομικό πρόγραμμα προσδιορίζεται από φυσικούς ηγέ-

τες, μέλη της εκκλησίας, τοπικούς άρχοντες, γονείς, παιδιά, ανηλίκους και άλλα μέλη της κοινότητας. Η διαμόρφωση και προώθηση ενός κοινού οράματος υγείας μπορεί να αποτελέσει φοβερή πρόκληση για το νοσηλευτή. Όπως και σε άλλα σύνθετα ζητήματα, ένας μεγάλος αριθμός απόψεων συνθέτουν τον κανόνα.

Πιθανόν να είναι δύσκολο ακόμη και να «κατονομαστούν» τα υγειονομικά προβλήματα, διότι τα διάφορα εκλογικά σώματα μπορεί να βλέπουν διαφορετικά τα ζητήματα αυτά και να επιζητούν διαφορετικούς τρόπους αιτιολόγησης. Εντούτοις, τη βασική πρόκληση της νοσηλευτικής «με» την κοινότητα συνιστά η γένεση της αλλαγής «μέσα» από την κοινότητα. Οι προσπάθειες της «νοσηλευτικής με την κοινότητα» βοηθούν το νοσηλευτή να διαμορφώνει το πρόγραμμα με βάση τα μέλη της κοινότητας και όχι αυτούς που εκμεταλλεύονται τα μέλη της κοινότητας. Η κατανόηση, η υπομονή, η παροχή σωστής και επιστημονικής ενημέρωσης και ο σεβασμός απέναντι στις εμπειρίες των μελών της κοινότητας είναι σημαντικοί παράγοντες για την επιτυχία αυτών των προσπαθειών.

Το επάγγελμα του νοσηλευτή παρουσιάζει σημαντική εξέλιξη και μαζί με αυτό η ανάγκη ανάπτυξης και διάδοσης των νοσηλευτικών θεωριών, έτσι ώστε να διαμορφωθεί η επιστημονική βάση της νοσηλευτικής πράξης. Ο πλούτος της κοινοτικής νοσηλευτικής απορρέει από την εννοιολογική κατανόηση και υλοποίηση των στρατηγικών που θα προάγουν την υγεία πολλών ανθρώπων. Κατά τον ίδιο τρόπο, οι νοσηλευτές αυτής της ειδικότητας θα πρέπει να έχουν πρόσβαση στις θεωρητικές προσεγγίσεις που σχετίζονται με τους κοινωνικούς, οικονομικούς και περιβαλλοντικούς παράγοντες οι οποίοι καθορίζουν την υγεία του πληθυσμού. Τόσο η θεωρία, όσο και η πρακτική η οποία θέτει στο κέντρο του ενδιαφέροντος τον πληθυσμό, παρέχουν στους νοσηλευτές τα κατάλληλα μέσα, ώστε να επηρεάσουν θετικά την υγεία της παγκόσμιας κοινότητας.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

- Ali Pirani SS: Application of Nightingale's theory in nursing practice, *Ann Nurs Pract* 3(1):1040, 2016.
- Allen DG, Diekelmann N, Benner P: Three paradigms for nursing research: methodologic implications. In: Chinn P, editor: *Nursing research methodology: issues and implementation*, Rockville, MD, Aspen Publishers.
- Barnum BS: *Nursing theory: analysis, application, evaluation*, ed 5, Philadelphia, 1998, Lippincott.
- Bellack JP: Community-based nursing practice: necessary but not sufficient, *J Nurs Educ* 37(3):99–100, 1998.
- Berbiglia V, Banfield B: Self-care deficit theory of nursing. In Alligood M, editor: *Nursing theorists and their work*, ed 8, St. Louis, 2014, Elsevier Mosby.
- Berwick D, Davidoff F, Hiatt H, et al.: Refining and implementing the Tavistock principles for everybody in health care, *Br J Med* 323:616–620, 2000.
- Burbank P, Martins DC: Symbolic interactionism and critical perspective: divergent or synergistic? *Nurs Philos* 11(1):25–41, 2010.
- Centers for Disease Control and Prevention: *National Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion: chronic disease prevention, 2013, 2017*. Available from <<http://www.cdc.gov/chronicdisease/overview/index.htm>>.
- Chafey K: Caring is not enough: ethical paradigms for community-based care, *NHC Perspect Community* 17(1):10–15, 1996.
- Chinn PL, Kramer MK: *Knowledge development in nursing: theory and practice*, ed 9, St. Louis, 2015, Elsevier-Mosby.
- Clarke PN, Cody WK: Nursing theory-based practice in the home and community: the crux of professional nursing education, *Adv Nurs Sci* 17(2):41–53, 1994.
- Conrad P: The discovery of hyperkinesis: notes on the medicalization of deviant behavior, *Soc Probl* 23:12–21, 1975.
- Conrad P: Medicalization and social control, *Annu Rev Sociol* 18:209–232, 1992.
- Conrad P, Leiter V: *The sociology of health and illness: critical perspectives*, ed 9, New York, Worth Publishing.

- Cummings KM, Becker MH, Malie MC: Bringing the models together: an empirical approach to combining variables to explain health actions, *J Behav Med* 3:123–145, 1980.
- Dickoff J, James P: A theory of theories: a position paper, *Nurs Res* 17:197–203, 1968.
- Draper P: Nancy Milio's work and its importance for the development of health promotion, *Health Promot Int* 1(1):101–106, 1986.
- Dreher M: The conflict of conservatism in public health nursing education, *Nurs Outlook* 30(9):504–509, 1982.
- Drevdahl D, Kneipp S, Canales M, et al.: Reinvesting in social justice: a capital idea for public health nursing? *ANS Adv Nurs Sci* 24(2):19–31, 2001.
- Fawcett J: The nurse theorists: 21st-century updates—Dorothea E. Orem, *Nurs Sci Q* 14(1):34–38, 2001.
- Hobbs S, Ricketts T, Dodds J, et al.: Analysis of interest group influence on federal school meals regulations 1992 to 1996, *J Nutr Educ Behav* 36(2):90–98, 2004.
- Jones PK, Jones SL, Katz J: Improving follow-up among hypertensive patients using a health belief model intervention, *Arch Intern Med* 147:1557–1560, 1987.
- Kennedy A: How relevant are nursing models? *Occup Health* 41(12):352–354, 1989.
- Kirscht JP: The health belief model and illness behavior. In Becker MH, editor: *The health belief model and personal health behavior*, Thorofare, NJ, 1974, Charles B. Slack.
- Kuokkanen L, Leino-Kilpi H: Power and empowerment in nursing: three theoretical approaches, *J Adv Nurs* 31(1):235–241, 2000.
- Lajunen T, Rasanen M: Can social psychological models be used to promote bicycle helmet use among teenagers? A comparison of the health belief model, theory of planned behavior and the locus of control, *J Safety Res* 35(1):115–123, 2004.
- Lin P, Simoni J, Zemon V: The health belief mode, sexual behaviors, and HIV risk among Taiwanese immigrants, *AIDS Educ Prev* 17(5):469–483, 2005.
- Maiman LA, Becker MH: The health belief model: origins and correlates in psychological theory. In Becker MH, editor: *The health belief model and personal health behavior*, Thorofare, NJ, 1974, Charles B. Slack.
- Martins DC, Burbank P: Critical interactionism: an upstream-downstream approach to health care reform, *Adv Nurs Sci* 34(4):315–329, 2011.
- Martins DC, Gorman K, Miller R, et al.: Assessment of food intake, obesity and health risk among the homeless in Rhode Island, *Public Health Nurs* 32(5):453–461, 2015.
- McKinlay J: A case for refocusing upstream: the political economy of illness. In Gartley J, editor: *Patients, physicians and illness: a sourcebook in behavioral science and health*, New York, 1979, Free Press.
- McKinlay JB: A case for refocusing upstream: the political economy of illness. In: Conrad P, Leiter V, editors: *the sociology of health and illness: critical perspectives*, ed 9, New York, Worth Publishing.
- Milio N: A framework for prevention: changing health-damaging to health-generating life patterns, *Am J Public Health* 66:435–439, 1976.
- Milio N: *Promoting health through public policy*, Philadelphia, 1981, FA Davis.
- Milio N: Health policy and the emerging tobacco reality, *Soc Sci Med* 21(6):603–613, 1985.
- Mirotnik J, Ginzler E, Zagon G: Using the health belief model to explain clinic appointment-keeping for the management of a chronic disease condition, *J Community Health* 23(3):195–210, 1998.
- Navarro V: *Medicine under capitalism*, New York, 1976, Prodist.
- Orem DE: *Nursing: concepts of practice*, ed 6, New York, 2001, Mosby.
- Pender NJ: *Health promotion in nursing practice*, ed 2, Norwalk, CT, 1987, Appleton-Century-Crofts.
- Pryjmachuk S: A nursing perspective on the interrelationship between theory, research, and practice, *J Adv Nurs* 23:679–684, 1996.
- Renuka P, Pushpanjali K: Effectiveness of health belief model in motivating for tobacco cessation and improving knowledge, attitude, and behavior of tobacco users, *Cancer Oncology Res* 2(4):43–50, 2014.
- Robert Wood Johnson Foundation: *Culture of health*. Available from <http://www.cultureofhealth.org/> Accessed April 18, 2017.
- Salmon JW: Dilemmas in studying social change versus individual change: considerations from political economy. In: Duffy M, Pender NJ, editors: *Conceptual issues in health promotion: a report of proceedings of a Wingspread Conference*, Indianapolis, IN, Sigma Theta Tau.
- Schwartz-Barcott D, Patterson BJ, Lusardi P, et al.: From practice to theory: tightening the link via three fieldwork strategies, *J Adv Nurs* 39(3):281–289, 2002.
- Stevens PE, Hall JM: Applying critical theories to nursing in communities, *Public Health Nurs* 9(1):2–9, 1992.
- Swider SM, Krothe J, Reyes D, et al.: The Quad Council practice competencies for public health nursing, *Public Health Nurs* Nov/Dec 30(6):519–536, 2013.
- Tavistock Group: A shared statement of ethical principles for those who shape and give health care: a working draft from the Tavistock Group, *Image J Nurs Sch* 31:2–3, 1999.
- Torres G: *Theoretical foundations of nursing*, Norwalk, CT, 1986, Appleton-Century-Crofts.
- U.S. Department of Health and Human Services: *Healthy People 2020: social determinants of health*, 2017. Available from <<http://www.healthypeople.gov/2020/topicsobjectives2020/overview.aspx?topicid=39>>.
- Waitzkin H: A Marxist view of health and health care. In Mechanic D, editor: *Handbook of health, health care, and the health professions*, New York, 1983, Free Press.
- Wild LR: Caveat emptor: a critical analysis of the costs of drugs used for pain management, *Adv Nurs Sci* 16:52–61, 1993.
- Woods NF, Catanzaro M, editors: *Nursing research: theory and practice*, St. Louis, Mosby.
- Zola I: Medicine as an institution of social control, *Sociol Rev* 20(4):487–504, 1972.